

Der beziehungsunfähige Mensch: Vom Umgang mit Ambiguität in der psychodynamischen Psychotherapie und der kognitiven Verhaltenstherapie

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität
Jena

von Dominik Lutz

geboren am 02.06.1984 in Traunstein

Meinen Eltern gewidmet

Gutachter (akademischer Grad, Vor- und Nachname sowie Wirkungsort)

1. Prof. Dr. phil. habil. Bernhard Strauß, Jena
2. Univ.-Prof. Dr. mult. Nikolaus Knoepffler, Jena
3. Prof. Dr. med. Eckhard Frick, München

Tag der öffentlichen Verteidigung: 07.11.2017

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	3
Zusammenfassung.....	5
I Einleitung: Inhaltliche und methodische Verortung der Untersuchung in der Theorie der Medizin.....	5
II Kontexte der Unaufgelöstheit: Psychosomatische Semantik der Ambiguität als mögliche Beschreibung der Conditio humana innerhalb einer relationalen Anthropologie.....	8
1) Ein psychosomatisch-anthropologischer Begriff der Ambiguität.....	8
2) Der Mensch als das nicht autarke Wesen: Relationale Anthropologie in Philosophie, Entwicklungspsychologie und Neurobiologie	10
a) Dialogphilosophie	10
b) Bindungsparadigma in der empirischen Entwicklungspsychologie	13
c) Intersubjektive Neurowissenschaften	15
3) Die Verwundbarkeit des Lebens: Unumgängliche Unaufgelöstheit der Erfahrung des Menschseins	20
4) Zwischenfazit: Argumentationsbausteine für die zentrale These	21
III Psychodynamische Psychotherapie: Spannung zwischen der Betonung unauflöslicher Konflikthaftigkeit und der Förderung einer relational verankerten Persönlichkeitsstruktur	22
1) Klassisch-psychoanalytische Triebkonfliktpathologie: Tragische Unvermeidbarkeit vs. aufklärerische Überwindbarkeit der Ambiguität von Es-Über-Ich-Konflikten.....	22
2) Entwicklungspsychologische Strukturdefizitpathologie: Nachreifung brüchiger Persönlichkeitszüge in der fördernden Umwelt der therapeutischen Beziehung zur Integration innerer Widersprüchlichkeiten	29
a) Objektbeziehungstheorie und Selbstpsychologie	30
b) Mentalisierungsbasierte Therapie	34
3) Intersubjektiv-psychoanalytische Beziehungskonfliktpathologie: Ko-Konstruktion des Behandlungsprozesses im intersubjektiven Feld zwischen verstricktem Enactment und neuer Beziehungserfahrung	37
4) Französisch-lacanianische Psychoanalyse: Therapeutische Induktion ambiger Erfahrungen zur inneren Verflüssigung des begehrenden und gespaltenen Subjekts	40
5) Zwischenfazit: Argumentationsbausteine für die zentrale These	46
IV Kognitive Verhaltenstherapie: Von der kreativen Modifikation von Verhalten und Kognitionen zur Spannung zwischen Veränderung und Akzeptanz	47
1) Klassische lerntheoretische Verhaltenstherapie: Vereindeutigende Verhaltens- und Situationsmodifikationen	48
a) Klassische und operante Konditionierung	48
b) Soziales Lernen.....	52
2) Kognitive Wende der Verhaltenstherapie: Disambiguierung und Toleranz dysfunktionaler Kognitionen.....	54
a) Selbstmanagement-Therapie.....	55
b) Rational-emotive Verhaltenstherapie	58
3) Emotionale Wende der verhaltensbezogenen und kognitiven Therapien: Integration von	

Achtsamkeit, Akzeptanz, wertorientiertem Engagement und Objektbeziehungen	63
a) Paradigma der Achtsamkeit und Dialektisch-Behaviorale Therapie	63
b) Akzeptanz- und Commitment-Therapie	72
c) Schematherapie	77
4) Zwischenfazit: Argumentationsbausteine für die zentrale These	81
V Zentrale These: Beziehungsfähigkeit als Ambiguitätsfähigkeit in psychodynamischer und kognitiv-behavioraler Psychotherapie	81
1) Zentrale These und Begriffsrahmen für eine psychosomatische Anthropologie	81
2) Begründung der zentralen These	83
a) Entwicklungsziel des Menschen: Beziehungsfähigkeit als ausgewogene Balance zwischen Resonanzsensibilität und Resonanzblockade.....	83
b) Relationales Potential der Psychotherapie: Beziehungsangebot und Techniken.....	86
c) Explikation von Beziehungsfähigkeit anhand des Gegenstands der Ambiguität: Ambiguitätsfähigkeit als Zusammenspiel von eradikativer und integrativer Therapie	88
(I) Eradikative Therapie: Schritte zur direkten Disambiguierung in psychodynamischer und kognitiv-behavioraler Psychotherapie.....	89
(II) Integrative Therapie: Schritte zur Induktion von Ambiguitätserleben in psychodynamischer und kognitiv-behavioraler Psychotherapie	93
(1) Integrativ-homöopathische Therapie	95
(2) Integrativ-ästhetisierende Therapie	98
(III) Zusammenspiel der beiden Modi des Umgangs mit Ambiguität	103
d) Annäherungen und verbleibende Akzentuierungsunterschiede zwischen psychodynamischer und kognitiv-behavioraler Psychotherapie.....	104
3) Diskussion von Einwänden gegen die zentrale These	106
VI Abschließendes Fazit: Potential und Grenzen des Konzepts der Beziehungsfähigkeit	110
Literaturverzeichnis	111
Anhang	116
Lebenslauf in tabellarischer Form.....	116
Ehrenwörtliche Erklärung	117

Zusammenfassung

Die *Conditio humana* ist in einer *Semantik der Ambiguität* innerhalb einer *relationalen Anthropologie* beschreibbar, wonach das Menschsein *unausweichlich* von *subjektiven Erfahrungen* der *Unaufgelöstheit*, der *Widersprüchlichkeit* und der *Gebrochenheit* geprägt ist (II). In der *psychodynamischen Psychotherapie* lässt sich eine grundlegende *Spannung* zwischen einer *Betonung unauflöslicher Konflikthaftigkeit* und einer *Förderung von eindeutig reifen Strukturmerkmalen* verzeichnen (III). Die *kognitive Verhaltenstherapie* hat in ihrer *pragmatisch-integrativen* Entwicklung sowohl Maßnahmen zur *Reduktion von Ambiguität* in den Bereichen *Verhalten* und *Kognitionen* als auch *Interventionen* zur *Verbesserung der Annahme von Ambiguität* hervorgebracht, so dass mittlerweile eine *Spannung zwischen Veränderungsimpetus und Akzeptanzorientierung* festzustellen ist (IV). Vor dem Hintergrund einer *relationalen Anthropologie* liegt in der *Entfaltung von Beziehungsfähigkeit* als *ausgewogener Balance* zwischen *Resonanzsensibilität* und *Resonanzblockade* ein bedeutendes *Entwicklungsziel* des Menschen. Dabei trägt die *Psychotherapie* das *relationale Potential* in sich, ein *Beziehungsangebot* im Sinne einer *feinfühlig*en Kommunikation mit *spezifischen Techniken* zu verknüpfen. In Bezug auf den *Gegenstand ambiger Erfahrungen* kann *Beziehungsfähigkeit* als *Zusammenspiel zweier Modi* expliziert werden, wobei stets die *individuelle Pathographie* als letzter Maßstab für eine angemessene „Dosierung“ der Modi anzusetzen ist. Einerseits sollte die *Psychotherapie* in Form einer *eradikativen Therapie* versuchen, *ambiguitätserzeugende, resonanzbehindernde Faktoren* *instrumentell-direkt* zu *beseitigen*. Auf der anderen Seite sollte in Form einer *integrativen Therapie* eine *bewusste Induktion von ambigem Erleben* angestrebt werden, um eine *erhöhte Akzeptanz des Unaufgelösten* anzustoßen sowie *ästhetisch-kreative Gestaltungsräume* zu schaffen. In *unterschiedlicher, aber sich annähernder Weise* gelingt es sowohl der *psychodynamischen* als auch der *kognitiv-behavioralen Richtung* durch ihre jeweiligen zahlreichen Weiterentwicklungen, *beide Modi in nicht-reduktionistischer Weise* zur Verfügung zu stellen, wobei verschiedene *Akzentuierungen* bestehen bleiben (V).

I Einleitung: Inhaltliche und methodische Verortung der Untersuchung in der Theorie der Medizin

Die *Forschungsfrage* der vorliegenden Arbeit lokalisiert sich auf dem Gebiet der *Theorie der Medizin* und besteht in der Untersuchung, wie sich der *Umgang* der beiden wirkmächtigen Traditionen der *psychodynamischen* und *kognitiv-behavioralen Psychotherapie* mit *Erfahrungen der Ambiguität* gestaltet. Dabei versteht sich die Arbeit als *Beitrag zur Ideengeschichte und systematischen Theorie der Psychotherapie* und der *biopsychosozialen Medizin* und kombiniert eine *historische* und eine *theoretisch-systematische Perspektive*. Zu diesem Zweck wird versucht, an *praktisch-philosophischen*

Überlegungen und den Entwicklungslinien in psychodynamischer und kognitiv-behavioraler Therapie entlang einige *Thesen* zu formulieren, die als *Argumentationsfiguren in einen Diskurs zur anthropologischen Grundlegung der Psychotherapie* und damit zur *theoretischen Fundierung biopsychosozialer Behandlung* überhaupt einfließen könnten. Es soll dazu der Versuch unternommen werden, einen *Begriffsrahmen* für den Diskurs darüber zu entwickeln, wie biopsychosoziale Medizin auf einer philosophischen, genauer *psychosomatisch-anthropologischen Ebene* verstanden werden kann. Als *zentrale Termini* werden dabei aus *inhaltlicher Sicht* folgende Begriffe vorgeschlagen, die die Untersuchung im Sinne eines *romantisch inspirierten Konzeptes* zu entfalten versucht: *Bezogenheit des Menschen auf ein Gegenüber (relationale Anthropologie)*, *unausweichliche Ambiguitätserfahrungen*, *Beziehungsfähigkeit als Resonanzsensibilität und Resonanzblockade*, *relationales Potential der Psychotherapie* und *Ambiguitätsfähigkeit als Zusammenspiel von eradikativer und integrativer Therapie*.

¹ *Methodisch* handelt es sich bei der Untersuchung um eine *philosophische Argumentation*, die drei *leitende Thesen* (II, III, IV) und eine *zentrale These* (V) entwickelt. Dabei wird jeweils der Versuch unternommen, diese Thesen anhand von psychotherapeutischem, empirisch-psychologischem, neurobiologischem, philosophischem und soziologischem Material zu *begründen*; im Anschluss an die Argumentation für die zentrale These erfolgt eine *Diskussion von Einwänden* gegen dieselbe, worin *mögliche Kritikpunkte* gegen den Gedankengang der gesamten Arbeit zusammengefasst und *Grenzen der Untersuchung* aufgezeigt werden. Innerhalb der unterschiedlichen Möglichkeiten philosophischer Argumentationsweise reiht sich die Arbeit am ehesten in die Tradition einer *Untersuchung der individuellen Lebenswelt* ein. Dabei wird versucht, von *subjektiven Erfahrungen* – spezieller Erfahrungen der Ambiguität – auszugehen und damit einen Beitrag zur *Betrachtung der Psyche* aus einer *Ersten-Person-Perspektive* zu leisten, ohne dadurch die objektivierend-naturwissenschaftliche Perspektive in irgendeiner Form abwerten zu wollen. Mittels der Existenz und des Argumentationsgangs des vorliegenden Projekts sei lediglich die Einseitigkeit einer ausschließlich positivistisch-empirischen Forschungstätigkeit innerhalb der Medizin in Frage gestellt und für einen *Dialog und Austausch zwischen subjektiven Theoriekonzepten und fokussiert-operationalisierten Praxisstudien* plädiert. So will die Untersuchung ein Versuch des *Brückenschlages* zwischen dem in der Kunst und Philosophie breit rezipierten *lebensweltlichen Phänomen der Ambiguität* und *Behandlungsmethoden* innerhalb des Paradigmas der *evidenzbasierten Medizin* sein.

Doch zunächst ist es wichtig, die vorliegende Arbeit und das vorgeschlagene Konzept in den *Diskurs* einzuordnen. Dazu seien die Untersuchung innerhalb des weiten Gebiets der *Theorie der Medizin* grob verortet und einige Schlaglichter auf den *Forschungsstand* geworfen. Dabei ist angesichts der

¹ Vgl. V.1

angemessenen Kürze an dieser Stelle eine Fokussierung auf *bedeutende medizintheoretische Entwürfe des 20. und beginnenden 21. Jahrhunderts* geboten. Hier ist zunächst die Tradition der Heidelberger Psychosomatik und dabei insbesondere die Forschungstätigkeit Viktor von Weizsäckers auf dem Gebiet der medizinischen Anthropologie zu nennen, die dem seit dem 19. Jahrhundert vorherrschenden Positivismus der objektivierten Krankheit eine Theorie des *kranken Menschen in seinem lebensweltlichen Erleben* entgegenstellt. Zentrale Anliegen sind dabei in der „Einführung des Subjektes in die Biologie“ (Weizsäcker 1997, S. 83), in der Forderung nach einer biographischen Methode² sowie in der Vermittlung von Innerer Medizin und Psychotherapie im Sinne sowohl einer Therapie der körperlichen Beschwerden als auch einer Suche nach der *individuellen Bedeutsamkeit der Symptomatik*³ auszumachen. Als Grundlagen medizinischer Behandlung werden neben der empirischen Naturwissenschaft die Ausbildung von Kunstfertigkeit und Menschenkenntnis gesehen.⁴ Eine solche *umfassend-integrative Perspektive* vertritt auch George Engel, als er 1977 eine Kritik an der Einseitigkeit des biomedizinischen Standardmodells und die Alternatividee einer *biopsychosozialen Medizin* vorlegte.⁵ Einen zeitgenössischen, auf zahlreiche menschliche Erlebensbereiche angewandten Entwurf einer derartigen *Sowohl-als-auch-Perspektive* stellt Eckhard Fricks „Psychosomatische Anthropologie“ dar.⁶ 1991 argumentierten Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiack für eine stark *semiotisch* ausgerichtete „Theorie der Humanmedizin“. ⁷ Den integrativen Blickwinkel dieser Ansätze und den Fokus auf die Ebene des individuellen Erlebens versucht die vorliegende Arbeit aufzugreifen, indem sie die subjektive Erfahrung des Patienten in einer wertschätzenden Haltung objektivistischen Errungenschaften gegenüber untersucht. In verschiedener Hinsicht schließt die Untersuchung also an bereits bestehende Entwürfe an; seinen Fokus richtet der zu entwickelnde Ansatz allerdings auf eine Idee, die in der Theorie der Medizin häufig mitgedacht wurde, aber bisher nicht so sehr im Zentrum stand: eine Perspektive auf den *Menschen als ein zutiefst relational geprägtes Wesen*, die zur hier zu entwickelnden Grundkompetenz der *Beziehungsfähigkeit* führen soll.

Zur Entfaltung dieser Perspektive sei zunächst eine anthropologische Semantik der Ambiguität als Prämisse entwickelt, bevor für ein grundlegend relationales Menschenbild und die Unumgänglichkeit von Ambiguitätserfahrungen argumentiert wird (II). Im Anschluss soll der Umgang mit Ambiguität innerhalb der psychodynamischen Tradition (III) bzw. der kognitiv-behavioralen Tradition (IV) ausführlich dargestellt werden. Schließlich wird der Versuch unternommen, die bis dahin entworfenen

² Vgl. Weizsäcker 1987a, 295 f.

³ Vgl. Weizsäcker 1987b, 368 f.

⁴ Vgl. Weizsäcker 1987b, S. 7

⁵ Vgl. Engel 1977

⁶ Vgl. Frick 2015

⁷ Vgl. Uexküll und Wesiack 1991

Argumentationsstränge in einer zentralen These zusammenzuführen, die ein Konzept der Beziehungsfähigkeit entwickelt und auf den Umgang der Psychotherapien mit Ambiguität anwendet, bevor in Form von kritischen Einwänden die Grenzen dieses Ansatzes aufgezeigt werden sollen (V). Ein abschließendes Fazit soll die Untersuchung abrunden (VI).

II Kontexte der Unaufgelöstheit: Psychosomatische Semantik der Ambiguität als mögliche Beschreibung der *Conditio humana* innerhalb einer relationalen Anthropologie

Folgende *leitende These* soll dieses Kapitel strukturieren: Die *Conditio humana* ist in einer *Semantik der Ambiguität* innerhalb einer *relationalen Anthropologie* beschreibbar, wonach das Menschsein *unabweichlich* von *subjektiven Erfahrungen* der *Unaufgelöstheit*, der *Widersprüchlichkeit* und der *Gebrochenheit* geprägt ist. Zur Entfaltung dieser These sei der Versuch unternommen, einen heuristisch sinnvollen *psychosomatisch-anthropologischen Begriff der Ambiguität* vorzuschlagen (1), bevor für ein *relational betontes Menschenbild* (2) sowie für die *Unumgänglichkeit ambiger Erfahrungen* argumentiert wird (3). Abschließend erfolgt ein *Zwischenfazit* (4).

1) Ein psychosomatisch-anthropologischer Begriff der Ambiguität

An dieser Stelle soll der Versuch einer *Begriffsbestimmung auf einer psychosomatisch-anthropologischen Ebene* erfolgen. Diese terminologische Festsetzung sei der vorliegenden Arbeit als *Prämisse* vorangestellt und speist sich aus dem *Material der Selbsterfahrung des Menschen* als biopsychosozial verstandenem Wesen, die sich in dekompenzierter Form in Pathologien der psychosomatischen Medizin manifestiert. Der *Begriff der Ambiguität* stammt aus *geisteswissenschaftlichen Diskursen* und wird üblicherweise eher in Disziplinen wie *Sprach- und Literaturwissenschaft*,⁸ *Kunstgeschichte*,⁹ *Philosophie*¹⁰ und *Soziologie*¹¹ verwendet als in der Psychologie oder Psychotherapie. So wurde ursprünglich in der antiken Rhetorik die „ambiguitas“ auf linguistische Phänomene bezogen und meint dort eine als Kunstfehler geltende *Zwei-, Mehr- oder Vieldeutigkeit* der Sprache in Form einer Polysemie (z. B. „Bank“) oder Homonymie (z. B. „Lehre“ / „Leere“).¹² Liegt in dieser sprach- bzw. kulturtheoretischen Bestimmung das Potential, dieses semantische Feld für den Bereich einer *psychosomatisch begründeten Anthropologie* heuristisch fruchtbar zu machen, und wenn ja, auf welche Weise sollte dies möglich sein? Könnte eine gewisse Ambiguität des menschlichen Erlebens sinnvollerweise

⁸ Z. B. Schlegel 2007, S. 104–116: Das Phänomen der Unverständlichkeit wird diskutiert.

⁹ Z. B. Rosen 2012: Die Ambiguität wird als ästhetisches Mittel dargestellt, das sich insbesondere etwa in der bildenden Kunst der frühen Neuzeit einer hohen Beliebtheit erfreut.

¹⁰ Z. B. Merleau-Ponty 1966: Menschliche Grunderfahrungen werden als ambig analysiert. (vgl. Landes 2013, 20 f.)

¹¹ Z. B. Bauman 1991: Das Verhältnis von Ambivalenz als dem Anderen der Ordnung (vgl. Bauman 1991, S. 7) und der Moderne wird erörtert.

¹² Vgl. Bode 1997, 67 f.

beschrieben werden, um daraus einen Erkenntnisgewinn für einen Beitrag zur Theorie einer integrativen Medizin zu erzielen?

Der Vorschlag der vorliegenden Arbeit ist es, einen *menschlichen Erfahrungsbereich*, der hier als *grundlegend* für die *Conditio humana* überhaupt gesehen wird, *aus subjektiver Perspektive* zu betrachten und mit dem Begriff „Ambiguität“ zu belegen. So sei *Ambiguität* in der vorliegenden Arbeit als *Gegenteil von psychologischer Klarheit und Ordnung* im Sinne kognitiver Verständlichkeit und emotionaler Ruhe definiert. Damit meint diese terminologische Fassung eine *kognitive Widersprüchlichkeit, Unaufgelöstheit, Ungewissheit, Dissonanz oder Inkohärenz* und – häufig als „Ambivalenz“ bezeichnet – eine *affektive Gebrochenheit, Hin- und Hergerissenheit oder Verstricktheit*. Die *Begriffswahl* ist dabei als *fakultativ* zu verstehen und wird als eine terminologische Option unter verschiedenen möglichen in der Bestimmung des gemeinten Phänomens vorgeschlagen. Auch sei der Begriff „Ambiguität“ in einem *hermeneutischen bzw. epistemologischen Sinn* verstanden, insofern er die *subjektive Interpretation der menschlichen Welterfahrung* bezeichnet und *keinen Anspruch auf ontologische Implikationen* erhebt. So soll das ambige Erleben als intrapsychischer Zustand im „Rezipienten von Erfahrung“ den Gegenstand der Untersuchung ausmachen. Nach diesen abstrakten terminologischen Überlegungen soll versucht werden, exemplarisch *klinische Bezüge* zur so definierten Ambiguität herzustellen, um einen intuitiv zugänglicheren Einstieg in die folgenden Ausführungen zu ermöglichen. Als eine Art *Aktualisierung der Vulnerabilität des Menschen* lassen sich zahlreiche als prämorbid oder pathologisch aufzufassende Kontexte von Ambiguitätserfahrungen ausmachen. So gibt es *subklinische Phänomene* wie die *Ambivalenz* im psychopathologischen Befund, das *Fremdeln* des Säuglings, den *unsicher-ambivalenten Bindungsstil* und die *verstrickte Bindungsrepräsentation*, den Abwehrmechanismus der *Spaltung* oder *ambige Verluste*.¹³ Darüber hinaus bestehen *nosologisch kategorisierte Entitäten* wie die *Somatisierung von Affekten, dissoziative Zustände* nach traumatischen Erlebnissen oder Eugen Bleulers Schizophrenie-Kriterium der *Ambivalenz*. Darüber hinaus stellt beinahe *jede Krankheit* auch einen *Bruch der Alltagsbedeutungen* dar. Insofern Krankheit an sich in der Regel als etwas Fremdes, als nicht zur eigenen Identität gehörendes, schwer integrierbares „anderes“ oder als Verlust der körperlichen Unversehrtheit empfunden wird, können die folgenden Überlegungen als Beitrag zur theoretischen Grundlegung der gesamten biopsychosozial verstandenen Medizin betrachtet werden.¹⁴

¹³ Vgl. Boss 2008

¹⁴ Auch die englischen Termini für „Krankheit“, „disease“ und „disorder“, legen die Erfahrung einer Unaufgelöstheit nahe. Vgl. Weizsäcker 1986, S. 121

2) Der Mensch als das nicht autarke Wesen: Relationale Anthropologie in Philosophie, Entwicklungspsychologie und Neurobiologie

Um zunächst die *anthropologische Basis* der Untersuchung abzustecken, sei nun für ein *relational verankertes Menschenbild* als weitere *Prämisse* argumentiert, indem auf drei „Grundlagenwissenschaften“ für eine psychosomatische Anthropologie rekurriert wird: die *Philosophie* (a), die *empirische Entwicklungspsychologie* (b) und die *Neurobiologie* (c). Damit wird die These einer *grundlegenden Bezogenheit des Menschen auf ein Gegenüber* vertreten.

a) Dialogphilosophie

An dieser Stelle ist es schwierig, in der angemessenen Kürze eine adäquate Auswahl an Philosophen zu präsentieren, die zur Ausformung eines *relationalen Menschenbildes* beigetragen haben. So soll hier nur ein bedeutender Beitrag, nämlich der dialogphilosophische Ansatz von Buber, etwas ausführlicher dargelegt werden. Lediglich eine wirkmächtige und für die vorliegende Arbeit zentrale Grundidee von Georg Wilhelm Friedrich Hegel sei vorangestellt. Hegel zufolge gibt es kein isoliertes, solipsistisches Selbst, wie es etwa von René Descartes nahegelegt wurde, sondern das Selbst wird immer schon durch einen intersubjektiven Prozess der Anerkennung konstituiert: „Das Selbstbewußtsein ist an und für sich, indem, und dadurch, daß es für ein anderes an und für sich ist; d. h. es ist nur als ein Anerkanntes.“ (Hegel 1988, S. 127) Diesen Gedanken der interpersonell vermittelten Selbstwerdung entwickelt der jüdische Religionsphilosoph Martin Buber, der als herausragende Figur der sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts ausdifferenzierenden *Dialogphilosophie* gilt und zusammen mit von Weizsäcker die Zeitschrift „Die Kreatur“ herausgab, insbesondere mit seinem 1923 veröffentlichten Werk „*Ich und Du*“ weiter. Darin postuliert er in linguistischen Begriffen eine bivalente Haltung des Menschen gegenüber der Welt, indem zwei menschliche Grundvollzüge in Form sogenannter Grundworte herausgearbeitet werden, zwischen denen der Mensch ständig oszilliert: Das *Grundwort Ich-Du* als dialogisches Dasein steht dem *Grundwort Ich-Es* im Sinne eines vergegenständlichenden Umgangs mit der Welt gegenüber. Dabei ist es bedeutsam, dass das *Ich* in den beiden Vollzügen *jeweils ein anderes* darstellt, da es *durch die entsprechende Beziehung konstituiert* wird und somit niemals a priori, sondern immer nur im Hinblick auf die beiden Grundworte existiert.¹⁵ Buber kontrastiert also zwei anthropologische Pole miteinander, zwischen denen sich der Mensch bewegt und die im zwiefältigen Ich Ausdruck finden. Im Zuge einer *Ausdifferenzierung des Ich in der Du-Beziehung* im Gegensatz zum *Ich in der Es-Orientierung* unterscheidet Bubers Begrifflichkeit eine Berührung des Du vom Besitzergreifen, eine verbunden lebende Person, die ihr „Selbst“ wahrnimmt und Anteil an der „Wirklichkeit“ hat, von einem abgetrennt existierenden Eigenwesen, das sich mit

¹⁵ Vgl. Buber 1995, 3 f.

seinem „Mein“ beschäftigt und „unwirklich“ bleibt, sowie eine Subjektivität an sich von einem erfahrenden und gebrauchenden Subjekt.¹⁶ Somit ist der Entwicklungsraum des Menschen zwischen den Extremen grenzenloser Kausalität der Es-Welt und unverfügbarer Freiheit der Du-Welt aufgespannt.¹⁷ Was nun die Ausformung der menschlichen Subjektivität betrifft, ist es wichtig zu betonen, dass *sich das Ich am Du entwickelt*: „Ich werde am Du; Ich werdend spreche ich Du. Alles wirkliche Leben ist Begegnung.“ (Buber 1995, S. 12) Dabei wird das *Wirken in der Beziehung* als *reziprok* gesehen: Das Du verändert das Ich ebenso, wie das Ich das Du prägt.¹⁸ Im Zuge des Umgangs mit verschiedenen Interaktionspartnern manifestiert sich immer deutlicher das reflexive Gewahrsein einer beständigen Ich-Perspektive.¹⁹ Was die Qualität des Du betrifft, so unterscheidet Buber *drei Beziehungssphären*, innerhalb derer sich ein Ich-Du-Verhältnis entfalten kann; dabei handelt es sich um die Beziehung zur Natur, zu den Mitmenschen und zu geistigen Phänomenen, wobei sich in jeder echten Begegnung der Horizont eines überdauernden Du und damit eine theologische Dimension eröffnet.²⁰ Als privilegiert wird die intersubjektive Begegnung gewertet, da sich allein in ihr die Beziehung mittels der menschlichen Sprache ausformen kann – hier, wie auch im Terminus „Grundwort“, bleibt Buber ganz der jüdischen Tradition treu, den auditiven Sinneskanal als Quelle von Erkenntnis und Begegnung stark zu machen.²¹

Was das Verhältnis der beiden Grundworte zueinander angeht, so wird die *Beziehung* als *primär* betrachtet, wohingegen *Objektivierungsprozesse* und auch die *Ich-Entwicklung a posteriori* aus Beziehungsvorgängen heraustreten:

„Es ist eben nicht so, daß das Kind erst einen Gegenstand wahrnehme, dann etwa sich dazu in Beziehung setze; sondern das Beziehungsstreben ist das erste, die aufgewölbte Hand, in die sich das Gegenüber schmiegt; die Beziehung zu diesem, eine wortlose Vorgestalt des Dusagens, das zweite; das Dingwerden aber ein spätes Produkt, aus der Zerscheidung der Uerlebnisse, der Trennung der verbundenen Partner hervorgegangen – wie das Ichwerden. Im Anfang ist die Beziehung: als Kategorie des Wesens, als Bereitschaft, fassende Form, Seelenmodell; das Apriori der Beziehung; *das eingeborene Du*. Die erlebten Beziehungen sind Realisierungen des eingeborenen Du am begegnenden; daß dieses als Gegenüber gefaßt, in der Ausschließlichkeit aufgenommen, endlich mit dem Grundwort angesprochen werden kann, ist im Apriori der Beziehung begründet.“ (Buber 1995, S. 27)

Während die pränatale Situation durch eine ursprüngliche, natürliche Symbiose mit einem Du gekennzeichnet ist, geht diese Einheit durch die Geburt verloren; allerdings bleibt eine unauslöschliche

¹⁶ Vgl. Buber 1995, S. 60–63; Bubers positivistischer Erfahrungsbegriff unterscheidet sich dabei von den lebensweltlichen Termini „Erfahrung“ und „Erleben“, die in der vorliegenden Arbeit lediglich deskriptiv den subjektiven Widerhall von Welt meinen.

¹⁷ Vgl. Buber 1995, S. 49–51

¹⁸ Vgl. Buber 1995, S. 16

¹⁹ Vgl. Buber 1995, S. 28

²⁰ Vgl. Buber 1995, S. 6

²¹ Vgl. Buber 1995, S. 98

Sehnsucht nach dem Du erhalten. Es ist sodann Entwicklungsaufgabe des Menschen, die primär leibliche Verbindung durch eine Beziehung abzulösen, die als *Verbundenheit im Geist* verstanden werden kann.²² Dabei verortet Buber die Qualität des Geistigen im intersubjektiven Raum, die für den Menschen allein im relationalen Akt erreichbar ist:

„Geist in seiner menschlichen Kundgebung ist Antwort des Menschen an sein Du. [...] Geist ist nicht im Ich, sondern zwischen Ich und Du. [...] Der Mensch lebt im Geist, wenn er seinem Du zu antworten vermag. Er vermag es, wenn er in die Beziehung mit seinem ganzen Wesen eintritt. Vermöge seiner Beziehungskraft allein vermag der Mensch im Geist zu leben.“ (Buber 1995, S. 37)

Wie schon erwähnt, wechseln sich Du- und Es-Bezüge fortlaufend ab. Diese *Bedingung des menschlichen Lebens* ist nach Buber als *tragisch* zu werten, insofern lebendige Ich-Du-Verhältnisse lediglich vorübergehend Bestand haben, somit geistige Erfahrungen flüchtiger Natur sind und sich immer wieder in erstarrte Ich-Es-Verhältnisse umwandeln.²³ Dies führt dazu, dass sich das Erleben einer realen Beziehung zwischen aktualisierten und latenten Phasen bewegt.²⁴ Auch innerhalb einer menschlichen Gemeinschaft entzieht sich die erfüllende Du-Beziehung einem Konservierungskalkül. Wie im individuellen Bereich kann eine Begegnungswirklichkeit auf kollektiver Ebene ebenfalls nur immer wieder neu an der Erfahrung eines Gegenübers eingeholt werden. Eine *lebendige Gemeinschaft* wird in erster Linie durch die Verbundenheit der individuellen Ausrichtungen auf die Mitte der Gemeinschaft, darüber hinaus auch durch lebendige Beziehungen untereinander begründet; das Zugehen auf diese Werte stellt sich als nie endender Prozess dar.²⁵ Wenn es allerdings dem Menschen gelingt, Ich-Du-Momente zu erleben, wird er laut Buber für eine Präsenz offen, was einer Erfahrung von *persönlichem Sinn in der Verbundenheit* gleichkommt:

„Der Mensch empfängt, und er empfängt nicht einen ‚Inhalt‘, sondern eine Gegenwart, eine Gegenwart als Kraft. Diese Gegenwart und Kraft schließt dreierlei ein, ungeschieden, und doch so, daß wir es als drei gesondert betrachten dürfen. Zum ersten die ganze Fülle der wirklichen Gegenseitigkeit, des Aufgenommenwerdens, des Verbundenseins; ohne daß man irgend anzugeben vermöchte, wie das beschaffen sei, womit man verbunden ist, und ohne daß das Verbundensein einem das Leben irgend erleichterte – es macht das Leben schwerer, aber es macht es sinnschwer. Und das ist das zweite: die unaussprechliche Bestätigung des Sinns. Er ist verbürgt. Nichts, nichts kann mehr sinnlos sein. Die Frage nach dem Sinn des Lebens ist nicht mehr da. [...] Dies ist das dritte: es ist nicht der Sinn eines 'andern Lebens', sondern dieses unseres Lebens, nicht der eines 'Drüben', sondern dieser unserer Welt, und er will in diesem Leben, an dieser Welt von uns bewährt werden.“ (Buber 1995, S. 105)

²² Vgl. Buber 1995, S. 25

²³ Vgl. Buber 1995, 17 f., 37 f.

²⁴ Vgl. Buber 1995, S. 94–96

²⁵ Vgl. Buber 1995, 43, 110

Zusammenfassend wird also der *Modus der Ich-Du-Beziehung* von Buber insofern als *grundlegend* für den Menschen konzipiert, als er der Ausformung einer Ich-Es-Ebene vorausgeht und im Gegensatz zu dieser das Potential der Erfahrung einer lebendigen und bedeutungsvollen Verbundenheit in sich trägt. Somit wird hier eine relationale Anthropologie vertreten.

b) Bindungsparadigma in der empirischen Entwicklungspsychologie

Auch die *empirische Entwicklungspsychologie* legt die Annahme eines intersubjektiven Menschenbildes nahe. So wird etwa in der *Säuglings- und Bindungsforschung* die *Bedeutung des Umgangs eines realen Gegenübers mit intrapsychischen Phänomenen* eines Kindes wie Trieben und Affekten für die Ausformung seiner künftigen Persönlichkeit betont.²⁶ Neben Daniel Sterns *Säuglingsforschung* ist hier vor allem die Ausdifferenzierung der *Bindungstheorie* durch John Bowlby und Mitarbeiter zu nennen, die im Folgenden exemplarisch für die aus empirisch-psychologischen Disziplinen erarbeitete *These*, dass das *Selbsterleben intersubjektiv konstituiert* wird, dargestellt werden soll.²⁷ Nach Bowlby ist unter *Bindung* eine *spezifische Form einer emotional engen Beziehung zwischen einem Kind und seiner Bezugsperson* zu verstehen, die sich zunächst in den Kleinkindjahren entwickelt und neben der *realen Interaktion* auch eine *kontinuierliche Repräsentation der Beziehung im Inneren* umfasst. Dabei wird ein grundlegendes *Bedürfnis nach einer solchen tiefen affektiven Beziehung* zu einem anderen Menschen postuliert. Dieses Konstrukt Bindung kann als *Folge eines Verhaltenssystems* konzipiert werden, das darauf abzielt, *emotionale und leibliche Nähe zu generieren*. In *Situationen der Bedrohung* wird dieses Verhaltenssystem durch allgemeine Gefahren oder den wahrgenommenen Verlust der engen Bezugsperson aktiviert, während es nach dem Erlangen einer Situation der Sicherheit seinen Alarmzustand aufhebt. Dabei ist das Bindungsverhaltenssystem des Menschen durch eine *stark ausgeprägte Fähigkeit der Adaptation an die Umweltbedingungen* gekennzeichnet, was bedeutet, dass sich die Regulation von Nähe auf Verhaltensebene und die allgemeine Art und Weise, Gefahrensituationen zu bewältigen, an das vorgefundene soziale Milieu anpassen und je nach der Responsivität der Umgebung spezifisch ausprägen. Intrapsychischen Niederschlag finden diese Anpassungsprozesse in Form sogenannter *innerer Arbeitsmodelle*, worunter man *mentale Repräsentanzen* als *Kodierung repetitiver affektiver Erfahrungen mit den engen Bezugspersonen* im impliziten Gedächtnis versteht. Dabei geht es um Vorstellungen vom eigenen Selbst, von den bedeutsamen anderen Personen und von deren Interaktionen, die in einer gewissen Beziehung zur Realität stehen. Komplementär zum Bindungsverhaltenssystem liegt ein *Explorationsverhaltenssystem* vor, das in *Situationen der Sicherheit* einen aktivierten Zustand aufweist und zur *Autonomieentwicklung*

²⁶ Vgl. Ermann 2014, S. 76

²⁷ Vgl. Ermann 2014, S. 80; Stern 2010

stimuliert. Nun kann aus bindungstheoretischer Sicht als Entwicklungsziel des Kleinkindes die Ausbildung eines *sicheren Bindungsmusters* gelten, das in einer *ausgewogenen Balance* der Spannung zwischen den Bedürfnissen nach *Bindung* und *Exploration* besteht. Im Falle von *einseitigen Ausprägungen* der Bedürfnisse kommt es zu *unsicheren Bindungsqualitäten*: Überwiegt das Bindungsbedürfnis, resultiert eine *ambivalente Bindung*, im Falle einer Prädominanz des Explorationsbedürfnisses bildet sich eine *vermeidende Bindung* heraus.²⁸ Es war Mary Ainsworth, die diese Bindungsstile von einjährigen Kleinkindern mittels des Verhaltensexperiments der „*Fremden Situation*“ herausarbeitete und damit für eine *empirische Grundlegung* der Bindungstheorie in Form einer *Operationalisierung des Bindungsverhaltenssystems* sorgte. Indem sie eine Korrelation zwischen dem mütterlichen Verhalten und der kindlichen Bindungsentwicklung entdeckte, stellte sie die *Bedeutung eines feinfühliges Verhaltens der Mutter für den Aufbau einer sicheren kindlichen Bindung* heraus. Damit erwuchs gleichzeitig ein Interesse an einer *Erwachsenenbindungsforschung*, die durch Mary Main im *Adult Attachment Interview* (AAI) eine operationalisierte Form bekam. Mit diesem Instrument zeigte sich, dass sich durch eine strukturierte Befragung die *Bindungsrepräsentation eines Erwachsenen analog zur Fremden Situation* und den daraus hervorgehenden kindlichen Bindungsstilen erheben lässt. So kristallisierte sich eine *autonome Bindung* (analog zur sicheren Bindung im Kleinkindalter) heraus, daneben wurden in Entsprechung zu den unsicheren Bindungstypen ein *verstricktes Muster* (analog zum ambivalenten Muster) sowie ein *abweisendes Muster* (analog zum vermeidenden Muster) identifiziert. Darüber hinaus manifestierte sich bereits in der Fremden Situation ein *desorganisierter Stil*, der deutlich *ungeordnetes Bindungsverhalten* als die drei anderen (organisierten) Stile darbot und in der Erwachsenenrepräsentation dem Befund *unverarbeiteter Traumata* entspricht.²⁹ Bindungsunsicherheit ist dabei keineswegs grundsätzlich mit einer psychischen Störung gleichzusetzen, da es sich zunächst um eine rein umweltadaptive Strategie handelt. Allerdings gelten *ambivalente, vermeidende* und auch *desorganisierte Bindungsqualitäten* als *Risikofaktoren für psychopathologische Entwicklungen*.³⁰ Im Hinblick auf die zeitüberdauernde Tradierung der Bindungsmuster lässt sich beobachten, dass sich die *frühkindlich aufgebauten Bindungsrepräsentanzen* durch eine *relative Kontinuität über die Lebensspanne* auszeichnen, allerdings auch einen Modifikationsspielraum in die positive als auch die negative Richtung aufweisen. Somit kann festgestellt werden, dass sich die *spätere Persönlichkeitsausformung* sowie damit verbunden das *zukünftige Beziehungserleben* als *maßgeblich durch die frühen Bindungserfahrungen vorgeprägt* erweisen.³¹ Schließlich erfuhr die Bindungstheorie noch eine bedeutsame Ergänzung durch den Befund, dass auch die *Funktion des*

²⁸ Vgl. Strauß 2014, 25-27, 35 f., 40 f.

²⁹ Vgl. Strauß 2014, 20-22, 45

³⁰ Vgl. Strauß 2014, 77 f.

³¹ Vgl. Strauß 2014, 39 f.

Vaters in der Ausformung der Bindung als äußerst relevant einzustufen ist. Hierzu hat es sich aufgrund der engen Verzahnung der Vermittlung von Sicherheit (Bindungsbedürfnis) und der Förderung von Kompetenzerleben (Explorationsbedürfnis) als hilfreich erwiesen, eine Binnendifferenzierung in das Konzept der Sensitivität einzuführen und neben einer Art Näheresponsivität eine *Spielfeinfühligkeit* zu untersuchen. Je älter das Kind wird, desto mehr rückt neben der weiteren Notwendigkeit einer sicheren Basis die Begleitung beim erkundenden Spielen in den Vordergrund des feinfühligsten Verhaltens. Diese Unterstützung erster autonomer Gehversuche wird meist als *typischer Aufgabenbereich des Vaters* oder einer rollenäquivalenten Person wahrgenommen, da der Vater häufig vom Kind in diese Rolle des Begleiters aufregender und neuer Verhaltensweisen gewiesen wird. So kann das *Spielfeinfühligkeitsverhalten des Vaters* als *weitere determinierende Größe der späteren Bindungsentwicklung des Kindes* gesehen werden.³² Als Schlussfolgerung lässt sich festhalten, dass die *mütterliche und väterliche Fürsorgeverfügbarkeit in wesentlichem Ausmaß das Erleben des Kindes und des künftigen Erwachsenen determiniert* und für die Ausprägung von Resilienz bzw. psychischer Vulnerabilität dieser anvertrauten Person prädisponiert.

c) Intersubjektive Neurowissenschaften

An diese entwicklungspsychologischen Erkenntnisse lassen sich *neurobiologische Befunde* eng anschließen. In der Neurowissenschaft gibt es traditionell die sich gegenüberstehenden Tendenzen, die Entwicklung des menschlichen Gehirns eher durch genetische Programme oder eher durch Umwelteinflüsse determiniert zu betrachten; dass beide Aspekte eine Rolle spielen, ist überwiegend konsensfähig. Während aber in den 1990er Jahren die verhaltensgenetische Position besonders stark war, lässt sich im letzten Jahrzehnt ein Wandel hin zu einer deutlicheren Berücksichtigung des Einflusses der Erfahrungen eines Menschen auf die Entfaltung seiner neuronalen Strukturen verzeichnen, so dass es heute zahlreiche Vertreter einer *intersubjektivistischen Perspektive auf das menschliche Gehirn* gibt. Wiederum sei an dieser Stelle nur die Argumentation eines solchen Entwurfs exemplarisch herausgegriffen, um auch aus neurobiologischer Perspektive für eine relationale Sichtweise auf den Menschen zu plädieren, wobei einleitend eines der zentralen neurowissenschaftlichen Forschungsergebnisse kurz dargestellt werden soll. Die Entdeckung der *Spiegelneurone* durch Giacomo Rizzolatti und William Hutchison in den 1990er Jahren kann als bedeutendes Argument für eine relationale Neurowissenschaft gesehen werden. Diese Gruppen von Nervenzellen zeichnen sich dadurch aus, dass sie nicht nur bei der *Steuerung einer eigenen motorischen Aktion* oder bei der *Entstehung einer eigenen Emotion* aktiviert werden, sondern auch dann, wenn *solche Prozesse bei einem Mitmenschen lediglich beobachtet* werden.³³ Dabei ist dieses angeborene neuronale Netzwerk von Resonanzmechanismen

³² Vgl. Strauß 2014, S. 51-53

³³ Vgl. Bauer 2016, 7 f., 60

in besonders eindrücklicher Weise auf *soziale Kooperation* angelegt und für seine *Ausreifung* auf *spezifische zwischenmenschliche Interaktionen*, nämlich markierte Spiegelungen, angewiesen:

„Die genetische Grundausstattung ist alles andere als eine Garantie dafür, dass die biologischen Systeme des Menschen später tatsächlich so funktionieren, wie dies im Prinzip möglich ist. Die angeborenen Spiegelsysteme des Säuglings können sich nur dann entfalten und weiterentwickeln, wenn es zu einem geeigneten und für ihn passenden Beziehungsangebot kommt. [...] Tatsächlich haben Beziehungserfahrungen und Lebensstile, die immer auch mit einer Aktivierung bestimmter neurobiologischer Systeme einhergehen, einen gewaltigen Einfluss sowohl auf die Regulation der Genaktivität als auch auf Mikrostrukturen unseres Gehirns.“ (Bauer 2016, S. 63)

Potentielle Fertigkeiten und Zustände des sich entwickelnden Kindes, die spezifisch in Beziehung zum Spiegelungssystem stehen, umfassen *emotionale* und *soziale Intelligenz*, *Spontaneität*, *Intuition*, damit eine *grundlegende Orientierung im sozialen Raum* sowie ein *Gefühl sozialer Verbundenheit*.³⁴ Somit handelt es sich hier um zentrale Aspekte der *Identität*, die sich auch aus der Perspektive der Spiegelneuronenforschung einer *interpersonellen Genese* verdankt.

In ganz ähnlicher Manier argumentiert Daniel Siegels *interpersonale Neurobiologie*, die als Versuch antritt, einen *interdisziplinären Rahmen für ein Konzept psychischer Gesundheit* zur Verfügung zu stellen. Zu diesem Zweck werden unter anderem Befunde aus *Bindungs- und Achtsamkeitsforschung* und Studien zur *Integration des Gehirns* in eine Theorie gegossen und führen zur These, dass ein entscheidender Faktor für mentales Wohlergehen und psychische Gesundheit letztlich im *Verständnis* sowohl *der eigenen Innenwelt* als auch *der mentalen Zustände anderer Menschen* läge. Diese Fähigkeit, die als *Mindsight* bezeichnet wird, umfasst Einsicht in die eigene Psyche, Empathie und psychische bzw. interpersonale Integration und manifestiert sich neurobiologisch insbesondere durch verschiedenartige Prozesse neuronaler Integration. Dabei ist die Auffassung von *Mindsight* sehr eng an das Mentalisierungskonzept von Fonagy angelehnt.³⁵ Siegel legt beim Versuch, „*Mind*“ – also das *Mentale* bzw. den *menschlichen Geist* – begrifflich zu fassen, *drei Grundprinzipien* vor. So wird postuliert, dass (1) der menschliche Geist in Form eines *Prozesses* den *Fluss von Energie und Informationsmustern* innerhalb des Gehirns und zwischen Gehirnen steuert, (2) der *Geist* an der *Schnittstelle innerer neurophysiologischer Prozesse und interpersonaler Erfahrungen* entsteht, und (3) die *Struktur und Funktion des reifenden Gehirns* von der *Art und Weise* abhängen, *in der Erfahrungen, vor allem innerhalb zwischenmenschlicher Beziehungen, die genetisch programmierte Entwicklung des ZNS ausformen*.³⁶ Siegel sieht verschiedene theoretische und praktische *Konvergenzpotentiale un-*

³⁴ Vgl. Bauer 2016, S. 64–72; Ermann 2014, S. 81

³⁵ Vgl. Fonagy et al. 2004b; siehe III.2.b

³⁶ Vgl. Siegel 1999, S. 2

terschiedlicher neurobiologischer Befunde besonders in den Bereichen Gedächtnis, Bindung, Emotions- und Selbstregulation, innere Repräsentanzen, mentale Zustände, zwischenmenschliche Beziehungen und psychische Integration.

So kann die *Gedächtnisfunktion* im weiteren Sinn als die *Art und Weise* betrachtet werden, wie *vergangene Ereignisse zukünftige prägen*. Diese globalere Sichtweise trägt dem Befund Rechnung, dass *frühe (Beziehungs-)Erfahrungen das Erleben und Verhalten Erwachsener beeinflussen, ohne dass sie eine bewusste Erinnerung an diese Ereignisse wachrufen können*.³⁷ Denn neben dem expliziten gibt es ein neuronal relativ unabhängig kodiertes *implizites Gedächtnis*. Dieses Informationsverarbeitungssystem, das auch mit den Adjektiven *früh, nicht deklarativ, prozedural* oder *leiblich* beschrieben werden kann, wird durch Gehirnstrukturen vermittelt, die bereits zum Zeitpunkt der Geburt intakt sind, enthält *Informationen verhaltensbezogener, emotionaler, perzeptueller* und womöglich auch *somatosensorischer Art* und erzeugt *nicht das subjektive Bewusstsein des Abrufens eines Gedächtnisinhalts*, der von einem Selbst in der Vergangenheit erlebt wurde. Für die Abspeicherung von Material ist es nicht nötig, die Aufmerksamkeit auf ein spezifisches Objekt zu fokussieren, was bedeutet, dass es sich in der Regel um *unbewusste Kodierungs- und Abrufprozesse* handelt, die Färbung gegenwärtiger Handlungen oder Gefühle durch vergangene Erfahrungen also nicht bemerkt wird.³⁸ Demgegenüber steht das *späte, deklarative, explizite Gedächtnissystem*, das einerseits einen *semantischen Anteil* besitzt, der *Fakten* abspeichert und sich etwa ab dem zweiten Lebensjahr entwickelt, andererseits über einen *autobiographischen bzw. episodischen Anteil* verfügt, welcher *als selbst erlebte Lebensereignisse* kodiert und ab dem dritten Lebensjahr einsetzt. Für die Ablage von Informationen im expliziten System ist eine *bewusste Aufmerksamkeit* in Bezug auf die jeweiligen Inhalte erforderlich, während das Abrufen die *subjektive Erfahrung von Erinnerung* impliziert – beim episodischen System zusätzlich das Gefühl, etwas selbst und in der Vergangenheit erlebt zu haben. Neuronal ist bei der expliziten Kodierung im Gegensatz zum nicht deklarativen Gedächtnis der Hippokampus beteiligt. Schließlich besteht im expliziten System die Möglichkeit einer *kortikalen Konsolidierung*, was der Überführung von Informationen ins Langzeitgedächtnis entspricht.³⁹ Was nun im Hinblick auf die Prägung des Gehirns durch zwischenmenschliche Interaktionen wichtig ist, ist die Tatsache, dass solche *Beziehungserfahrungen im impliziten Prozessgedächtnis als relationales Unbewusstes* niedergelegt werden, während das *explizite Inhaltsgedächtnis verdrängtes psychisches Material* – das, was in der Psychoanalyse als dynamisches Unbewusstes bezeichnet wird – enthält.⁴⁰ Denn einen wichti-

³⁷ Vgl. Siegel 1999, S. 24

³⁸ Vgl. Siegel 1999, S. 29; Frick 2009, S. 25

³⁹ Vgl. Siegel 1999, S. 33

⁴⁰ Vgl. Ermann 2014, S. 85–88; siehe III.1

gen Bereich des impliziten Gedächtnisses machen *mentale Modelle (Schemata)* aus, die durch *Verallgemeinerungen aus wiederholten Erfahrungen* entstehen. Die Funktion solcher inneren Muster scheint darin zu bestehen, gegenwärtige Erfahrungen schnell deuten und zukünftige Ereignisse vorwegnehmen zu können. Auf diese Weise führen frühere Erlebnisse zu einem schablonenartigen Verbleiben in den vertrauten Fahrwassern, was sich insbesondere in der Prägung des Erlebens von Beziehungen zeigt.⁴¹ Wie Bowlby schon postulierte, fallen unter solche mentalen Modelle auch die „inneren Arbeitsmodelle“ der Bindungsrepräsentation, so dass sich hier eine Brücke von der impliziten Gedächtnisfunktion zur Bindung schlagen lässt.⁴² Zentrale Befunde der Bindungsforschung aufgreifend, sieht auch Siegel im Aufbau einer *sicheren Bindung* ein höchst bedeutsames Entwicklungsziel des Kindes. Um solche stärkenden mentalen Modelle zu erreichen, liegt der entscheidende Prozess in der Schaffung einer *kontingenten Kommunikationssituation*, worunter eine emotionale Angleichung innerer Zustände zwischen Kind und Bezugsperson verstanden wird. Als Elemente einer verwandelnden Beziehung gelten die emotionale und körperliche Einstimmung aufeinander, geteilte Interaktionen, die eine Förderung positiver und eine Verringerung negativer Affekte bewirken, ein reflektiver Umgang mit mentalen Zuständen und der sich aus zahlreichen solchen Beziehungserfahrungen speisende Aufbau innerer Modelle, die eine sichere Bindung repräsentieren.⁴³ Durch eine solch bindungsfördernde Umgebung und emotionale Kommunikation können sich also *frühe Regulationsmechanismen* gut entwickeln.⁴⁴ Insbesondere das affektive Erleben erweist sich als steuerungsbedürftig, so dass die *Regulation von Emotionen* als *zentraler Prozess der Selbstregulation* und damit als grundlegend für die Organisation des Selbst gilt. Vor allem *frühe feinfühligkeitsvolle Beziehungserfahrungen* prägen – neben konstitutionellen Faktoren – auf *epigenetischem Weg* die Ausbildung der neuronalen Strukturen, die Affektregulation vermitteln. Allerdings besteht auch im Erwachsenenalter eine zwar eingeschränkte, aber doch reale Möglichkeit, über soziale Verbindungen diesen essentiellen Weg zu verbesserter Selbstorganisation auszubauen. Dabei gelten *metakognitive* und *mentalisierte Kompetenzen* als *zentral für eine kohärente Organisation des Selbst*.⁴⁵ Auch *kortikale Techniken* wie innere Dialoge oder die Evokation von Bindungsfiguren können zur Emotionsregulation hilfreich sein. Zu dem Schluss, dass sich die Regulation des Selbst vor allem in der Emotionsregulation ausdrückt, kommt Siegel aus der Überlegung heraus, dass die *Affekte alle Ebenen der Psyche miteinander verknüpfen* und darüber hinaus das *zentrale Wertsystem* für die Funktionsweise des Gehirns darstellen; außerdem macht die *emotionale Kommunikation* die grundlegende Art und Weise aus, in der

⁴¹ Vgl. Siegel 1999, 29 f., 33 f.

⁴² Vgl. II.2.b

⁴³ Vgl. Siegel 1999, 117 f.

⁴⁴ Vgl. Strauß 2014, 29 f.

⁴⁵ Vgl. III.2.b

sich eine Verbindung zwischen zwei Menschen auf einer geistigen Ebene manifestiere.⁴⁶ Wie verhält es sich nun mit der neurobiologischen Beziehung zwischen Affekten und einer eher rationalen Herangehensweise? Hier ist in Bezug auf die *inneren Repräsentanzen* und *mentalene Zustände* im Gehirn eine deutliche *Diskrepanz zwischen linkshemisphärischen und rechtshemisphärischen Repräsentationsmodi* festzustellen. So kann ein *links lokalisierter logisch-analytisch interpretierender, Bedeutung generierender und sprachlich operierender Funktionsmodus einer kontextsensitiven, mentalisierenden Verarbeitungsweise im rechten Kortexareal*, die nonverbale, körperliche und affektive Signale aussendet und wahrnimmt, gegenübergestellt werden. Dabei prägen *Beziehungserfahrungen* insofern *neuronale Lateralisierungen*, als sie je nach Kommunikationsangebot in besonderer Weise rechts- und/oder linkshemisphärische Fähigkeiten fördern. Aus den Zusammenhängen zwischen Bindungsmustern und der hemisphärentypischen Ausformung der Repräsentanzen kann für die *Psychotherapie* die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die *Entwicklung jeder einzelnen Gehirnhälfte* ebenso wie die *Koordination zwischen den beiden Hemisphären* wichtige Behandlungsziele darstellen könnten und mit mentalem Wohlbefinden korrelieren. Eine sichere Bindung entsteht aus einer frühkindlichen Kommunikationssituation, die eine Integration beider Hemisphären ermöglicht, indem rechtshemisphärische Affekteinstimmung, linkshemisphärische gemeinsame Ausrichtung auf Objekte sowie Reflexionen über die mentalen Zustände des anderen gepflegt werden. Somit läge in einer solchen *neuronalen Integration* das Potential eines *Korrelats psychischer Widerstandsfähigkeit*.⁴⁷

Nun sollte bereits die *zentrale Bedeutung zwischenmenschlicher Beziehungen* deutlich geworden sein, die Siegel für die *Entwicklung einer gesunden Psyche* annimmt. Ein wichtiges neurophysiologisches Korrelat für diesen Zusammenhang scheint der *orbitofrontale Kortex* darzustellen, der durch emotionale Einstimmung in Bindungsbeziehungen geprägt wird und eine wichtige Funktion bei der Affektregulierung einnimmt. Siegel differenziert hier begrifflich *drei eng miteinander verknüpfte Prozesse*: Unter *affektiver Einstimmung* versteht er die Tatsache, dass *innere emotionale Zustände in einer äußeren Kommunikationssituation* Raum finden. Dagegen wird als *emotionale Angleichung* die *Annäherung des emotionalen Zustandes einer Person an den einer anderen* auf einseitige oder beidseitige Art und Weise betrachtet. Einstimmung umfasst Zeiten der Angleichung und Zeiten der Nicht-Angleichung. Schließlich schlägt Siegel vor, den *gegenseitigen Einfluss von Personen aufeinander*, der durch affektive Einstimmung erreicht wird und auch nach angleichenden Interaktionen innerpsychisch anhält, begrifflich als *Resonanz* zu fassen. Auf neuronaler Ebene wird die Ausprägung des orbitofrontalen Kortex durch affektive Einstimmung verstärkt, was sich durch eine *verbesserte Regulation körperlicher Erregung* durch eine Abmilderung des Sympathikus und eine Verstärkung des

⁴⁶ Vgl. Siegel 1999, 274 f., 278

⁴⁷ Vgl. Siegel 1999, S. 205–207

Parasympathikus zeigt.⁴⁸ Wenngleich dabei die Modulierbarkeit des Gehirns in den ersten Lebensjahren am größten scheint, besteht eine *Plastizität des orbitofrontalen Kortex über die Kindheit hinaus*, so dass interpersonale Beziehungen während des ganzen Lebens für Bindungserfahrungen sorgen können, die neurophysiologische Veränderungen – insbesondere im Orbitofrontalkortex – ermöglichen. Dies kann in einer Psychotherapie ebenso geschehen wie in anderen emotional tiefen Beziehungen.⁴⁹ Als *Zielhorizont solcher eingestimmten Interaktionen* konzipiert Siegel die *Integration der Psyche* auf verschiedenen Ebenen, wobei unter Integration die *Verknüpfung gegensätzlicher Gehirnregionen bzw. unterschiedlicher psychischer Funktionen* verstanden wird. Integration schafft das Empfinden von Kongruenz und Einheit der Psyche und damit *Kohärenz*.⁵⁰ Als Fazit sei festgehalten, dass die neurowissenschaftliche Perspektive die *fundamentale Bedeutung zwischenmenschlicher Interaktionen für die Ausreifung des Gehirns* insbesondere am Beginn des Lebens stark macht und somit ebenfalls die hier vertretene These einer relationalen Anthropologie stützt.

3) Die Verwundbarkeit des Lebens: Unumgängliche Unaufgelöstheit der Erfahrung des Menschseins

Aufgrund dieser Überlegungen kann der *Mensch* als ein nicht zur Autarkie befähigtes Lebewesen gelten, das von der Konzeption an *zutiefst abhängig* und *grundlegend auf ein Gegenüber bezogen* ist. *Erst diese Bezogenheit auf einen anderen konstituiert die Subjekthaftigkeit* des Menschen, was zu einer *relationalen Anthropologie* führt. Im Idealfall erfährt der Mensch die *Welt* dadurch *als responsiv*, dass von Beginn seiner Existenz an *Bezugspersonen auf seine Grundbedürfnisse feinfühlig antworten*. Damit erlebt er eine starke Abmilderung des unvermeidlichen Trennungstraumas der Geburt als einer „Austreibung“ aus dem Zustand der paradiesischen Verschmelzung mit der Mutter in utero und erhält dadurch sowohl die biologische Basisausstattung für das Überleben als auch eine sichere Bindung als *prototypische Grundlage für das Erleben von nicht sozialen Weltbeziehungen* im Sinne von vielfältigen Beziehungskonstellationen, welche ein gutes Leben ausmachen. Nun ist in der *radikal-kontingenten Realität*, in der sich Leben als begrenzt auszeichnet, der Bezug des Menschen auf die Welt aufgrund der Alternativlosigkeit der Rückgebundenheit an ein nicht kontrollierbares Gegenüber unumgänglich von mehr oder weniger tiefgreifenden *Indifferenz- oder Repulsivitätserfahrungen* geprägt.⁵¹ Die *Relationalität des Menschseins* kann also *zugleich als Segen und Fluch* gelten, insofern sie einerseits *unerschöpfliche Entfaltungsspielräume für ein gutes Leben* eröffnet, andererseits

⁴⁸ Vgl. Siegel 1999, 280 f.

⁴⁹ Vgl. Siegel 1999, S. 285

⁵⁰ Vgl. Siegel 1999, S. 316

⁵¹ Vgl. V.2.a

aber auch eine *totale Abhängigkeit des Menschen von anderen* und damit ein *hohes Verwundungspotential* begründet. Daher ist die *Fremdheit des anderen* gleichzeitig als *Bedingung der Möglichkeit eines gelungenen Lebens* wie auch als *Quelle von Lebenskrisen* zu werten – es handelt sich gewissermaßen um eine *Bivalenz der Subjekt-Welt-Differenz*. Da innerhalb einer *kontingenten Welterfahrung* eine gewisse *Diskrepanz zwischen Bedürfnislage und Mitwelt* nicht zu vermeiden ist, stellen sich *immer wieder*, wenn nicht sogar kontinuierlich *kognitive Widersprüche* und *affektive Gebrochenheiten* – also *ambige Erfahrungen* – ein. Gewissermaßen spiegelt diese Abhängigkeitssituation des prekären menschlichen Lebens den animalischen Anteil der menschlichen Identität wider.⁵² So kann als *Fazit* gezogen werden, dass die *alternativlose Bezogenheit auf ein nicht beherrschbares Gegenüber unvermeidbar zum Erleben von Ambiguität* führt. In diesem Sinn kann Ambiguität letztlich als das subjektive Erleben aktualisierter Verwundbarkeit gesehen werden.

4) Zwischenfazit: Argumentationsbausteine für die zentrale These

Zusammenfassend seien an dieser Stelle die Argumentationsbausteine aus Kapitel II für die zentrale These festgehalten. So wurde als *Prämisse* ein *psychosomatisch-anthropologischer Begriff der Ambiguität* gesetzt, wonach der Mensch *subjektive Erfahrungen der Unaufgelöstheit, der Widersprüchlichkeit und der Gebrochenheit* macht. Im Rückgriff auf die oben entfalteten Erkenntnisse aus Philosophie, Entwicklungspsychologie und Neurowissenschaften stellt sich die weitere *Prämisse* eines *intersubjektiven oder relationalen Menschenbildes* als *gut begründbar* heraus. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung sei unter *relationaler Anthropologie* die unhintergehbare *Bezogenheit des Menschen auf ein Gegenüber* („die Welt“) verstanden. Dabei umfasst diese Bezogenheit sowohl *soziale* als auch *extrasoziale Verhältnisse*, das heißt *Bezüge zur subjektiven, sozialen und objektiven Welt*. In ihrer starken Prägewirkung auf die Gesamtpersönlichkeit des Menschen sind die *interpersonellen Bezüge* von *zentraler und prototypischer Bedeutung für die extrasozialen Bezüge*; allerdings können auch diese eine beträchtliche Wirksamkeit entfalten.⁵³ Schließlich wurde aus beiden Prämissen die *Schlussfolgerung* einer *Unumgänglichkeit ambiger Erfahrungen* abgeleitet, so dass sich die *Conditio humana* in einer *Semantik der Unaufgelöstheit* beschreiben lässt.

⁵² Vgl. MacIntyre 1999, S. 1–9; Butler 2006: „Precarious life“

⁵³ Vgl. V.2.a

III Psychodynamische Psychotherapie: Spannung zwischen der Betonung unauflöslicher Konflikthaftigkeit und der Förderung einer relational verankerten Persönlichkeitsstruktur

Nach dieser Setzung der ersten Prämisse bzw. Argumentation für die zweite Prämisse sei nun der Fokus auf die psychodynamische Psychotherapie und ihren Umgang mit Erfahrungen der Ambiguität gerichtet. Dabei soll auch dieses Kapitel durch eine *leitende These* strukturiert werden, die wie folgt lautet: In der *psychodynamischen Psychotherapie* lässt sich eine grundlegende *Spannung* zwischen einer *Betonung unauflöslicher Konflikthaftigkeit* und einer Förderung von *eindeutig reifen Strukturmerkmalen* verzeichnen. Die Darstellung der psychodynamischen Hauptrichtungen orientiert sich an den *drei Paradigmen*, die die *Psychoanalyse* im Laufe ihrer Begründung und Weiterentwicklung durchlaufen hat. Dabei handelt es sich um das *intrapsychische* Paradigma der klassischen Psychoanalyse (1), das Paradigma der *Beziehung*, das im Strukturdefizitmodell Ausdruck gefunden hat (2) sowie das Paradigma der *Bezogenheit* in der intersubjektivistischen Tradition (3).⁵⁴ Daneben steht die französische Psychoanalyse als eigener Entwurf, der am ehesten dem intrapsychischen Paradigma zuzuordnen wäre (4). So seien im Folgenden diese *vier zentralen Richtungen der psychodynamischen Tradition* präsentiert, wobei sie als kleine und keineswegs erschöpfende, aber einigermaßen repräsentative Auswahl unter zahlreichen Entwicklungen zu verstehen sind. Strukturiert wird die Darstellungsweise jeweils durch die Foki auf dem *Menschenbild*, der *therapeutischen Situation* und den *Umgang mit Ambiguität*. Den Abschluss bildet erneut ein *Zwischenfazit* (5).

1) Klassisch-psychoanalytische Triebkonfliktpathologie: Tragische Unvermeidbarkeit vs. aufklärerische Überwindbarkeit der Ambiguität von Es-Über-Ich-Konflikten

Das grundlegende *anthropologische Konzept* in der klassischen Psychoanalyse nach Sigmund Freud ist das *Triebkonfliktmodell*. Zum Verständnis dieses Menschenbildes ist es zunächst nötig, Freuds Sichtweise auf die *menschliche Psyche* und ihre *Konfliktpathologie* zu entfalten, um davon ausgehend die *freudianisch-psychoanalytische Praxis* darzustellen und ihren *Umgang mit ambigen Erfahrungen* zu untersuchen.

So soll zu Beginn eine Darstellung der *metapsychologischen Theorie* Freuds erfolgen. Es geht also um die Frage, wie der *psychische Apparat* im Einzelnen aufgebaut ist, weswegen Freud sich ganz in einem *intrapsychischen Paradigma* bewegt. Diesbezüglich entwickelte er zunächst 1900 ein *topisches Modell* der *psychischen Qualitäten* des *Bewussten*, *Vorbewussten* und *Unbewussten*. Während

⁵⁴ Vgl. Ermann 2014, S. 12

das *Bewusste* dabei dem, was nur jeweils im einzelnen Moment gewahr ist, entspricht, wird das *Vorbewusste* so definiert, dass es zwar aktuell nicht bewusst ist, aber jederzeit bewusst werden kann und dabei die einmal rezipierten Wahrnehmungsinhalte konserviert. Dagegen entzieht sich das *Unbewusste* im Moment zwar ebenfalls dem Bewusstsein, kann jedoch nur nach Überwindung eines *Widerstands* ins Bewusstsein gehoben werden und entfaltet darüber hinaus eine *psychische Wirkmächtigkeit*.⁵⁵ Nachdem Freud allerdings zunehmende Probleme dieses Konzepts erkannt hatte, legte er 1923 eine Revision in Form eines differenzierteren *Instanzenmodells* vor, das den Bereich des Psychischen mittels der Systeme *Es*, *Ich* und *Über-Ich* ausleuchtet.⁵⁶ Was zunächst das *Es* betrifft, so kommt es dem ursprünglich als *unbewusst* beschriebenen Gebiet nahe und umfasst angeborene, konstitutionelle Eigenschaften und dabei insbesondere die menschlichen Triebe. Diese können als Kräfte beschrieben werden, die Bedürfnisse hervorbringen und dabei eine Regression in einen früheren Zustand anstreben. *Zwei fundamentale Triebe* in Form von *Eros* (Verbindung) und *Destruktions-/Todestrieb* (Auflösung) sind zu unterscheiden, wobei die Polarität der Grundtriebe die Vielfalt des Lebens erzeugt.⁵⁷ Verschiedene Kompositionen aus Liebes- und Todestrieb bringen dabei mannigfaltige Triebstreben hervor, die vom *Lustprinzip*, das heißt durch eine *spannungsreduzierende Dynamik* der Vermeidung unlustvoller Zustände und der Herstellung lustgeprägter Zustände, *gesteuert* werden.⁵⁸ Bestimmt wird das Lustprinzip von einer Antilogik des *Primärprozesses*, die alltagslogische Gesetze aufhebt, indem sie etwa Widersprüchliches nebeneinander bestehen lässt oder unterschiedliche Gedanken zu einer Vorstellung verdichtet.⁵⁹ Lange von der Ursprünglichkeit dieses Lustprinzips für die Regulation der psychischen Prozesse überzeugt, änderte Freud 1920 mit der Entdeckung des *Wiederholungszwangs* seine Meinung. Diese Tendenz der Psyche zur Reproduktion auch schmerzhafter Erfahrungen mit dem Ziel einer Bewältigung unabgeschlossener Prozesse hält Freud für noch grundlegender.⁶⁰ Bedeutsam im Kontext der Triebpsychologie ist für Freud das Konstrukt der *Libido*, die als Energie des Eros definiert wird und zunächst ganz auf das Ich gerichtet ist (narzisstische Libido), bevor sie sich zu Objekten im Sinne anderer Personen hinwendet (Objektlibido). Dabei ist es für die psychische Gesundheit des Einzelnen entscheidend, wie flexibel die Libido ihre Besetzungen vornehmen und wieder lösen kann. Eine Charakterisierung der Libido hält Freud insbesondere mit Hilfe von Erkenntnissen über die menschliche Sexualität für möglich, wobei vor allem die Annahme einer

⁵⁵ Vgl. Freud 2011, S. 55; Freud 2013a, S. 9; Freud 2015, S. 528

⁵⁶ Vgl. Freud 2013a

⁵⁷ Vgl. Freud 2011, S. 42

⁵⁸ Vgl. Freud 2011, S. 93; Freud 2013b, S. 9

⁵⁹ Vgl. Freud 2015, S. 582–589; Ermann 2008, S. 38

⁶⁰ Vgl. Freud 2013b, S. 21–28; Ermann 2008, S. 41

frühkindlichen Sexualfunktion einen innovativen Schritt darstellt.⁶¹ Hier liegt nun für Freud eine *entscheidende Quelle neurotischer Entwicklungen*: Insofern insbesondere die Befriedigung sexueller Bedürfnisse in den ersten sechs Lebensjahren immer wieder durch den Zwang der gesellschaftlichen Normen unterbunden wird, bildet sich im Gefolge dieser Triebunterdrückung eine mehr oder weniger labile Persönlichkeit aus, die für die Entwicklung späterer psychischer Störungen prädisponiert.⁶² Grundlage dieser Theorie der sexuellen Neurosenätiologie ist die Annahme einer *Verdrängung sozial inakzeptabler Strebungen ins Es*,⁶³ die dadurch allerdings eine *verborgene Wirksamkeit* entfalten, daher das *dynamische Unbewusste* bilden und in Phänomenen sichtbar werden können, die für Freud einen *Zugang zum Unbewussten* ermöglichen: Dabei handelt es sich neben krankheitswertigen *Symptomen* um die alltäglichen Begebenheiten von *Träumen*, *Fehlleistungen* oder *Witzen*.⁶⁴ Die Instanz, die in diesen Prozessen für die abwehrende Unterdrückung unerwünschter Vorstellungen aus dem Es verantwortlich ist, ist das *Ich*. Es enthält vor allem *vorbewusste* Inhalte im Sinne von Erinnerungsrelikten ehemaliger Wahrnehmungserfahrungen, aber eben auch *unbewusste* Anteile in Form der Verdrängungsvorgänge.⁶⁵ Seine Hauptfunktion besteht darin, eine Art *Organisations- und Regulationsstruktur* der Psyche zu bilden und zwischen den anderen Instanzen und der Umwelt zu vermitteln, indem es die Ansprüche von Es, Über-Ich und äußerer Realität zu vereinbaren sucht.⁶⁶ Über Angst und Schuldgefühle, die vom Es und Über-Ich auf das Ich einwirken, soll eine intrapsychische Ordnung hergestellt werden.⁶⁷ Dabei wird das Ich vom *Realitätsprinzip* geleitet, insofern es auf eine Prüfung der Kompatibilität von Triebbefriedigungen mit der äußeren Wirklichkeit, ein Sicherheitsstreben, die Selbsterhaltung und den Schutz vor äußeren und inneren Gefahren bedacht ist.⁶⁸ Im Gegensatz zum Lustprinzip gründet sich das Realitätsprinzip auf die Alltagslogik des *Sekundärprozesses*, die in der Lage ist, zwischen Triebimpulsen und Ansprüchen der Wirklichkeit zu vermitteln.⁶⁹ Schließlich ist noch anzufügen, dass das Ich seine *individuelle Persönlichkeit* mittels der *Ablösung von Objektbesetzungen durch Identifizierungen* ausformt.⁷⁰ Um einen speziellen Fall dieses allgemeinen Prozesses handelt es sich bei der Ausdifferenzierung des *Über-Ichs*, das aus der Überwindung des Ödipuskomplexes hervorgeht und als Summe der Elternrepräsentanzen die biographisch frühesten Identifizierungen enthält, gegen die sich das noch vollständig abhängige Ich nicht zur Wehr setzen kann. So wird diese Instanz von Freud als *Internalisierung der elterlichen Wertevorgaben* in Form

⁶¹ Vgl. Freud 2011, S. 46–48

⁶² Vgl. Freud 2011, S. 79

⁶³ Vgl. Freud 2011, S. 58

⁶⁴ Vgl. Freud 2011, S. 56; Freud 2015, S. 594; Ermann 2008, S. 37

⁶⁵ Vgl. Freud 2011, S. 58; Freud 2013a, S. 13; Freud 2013a, S. 16

⁶⁶ Vgl. Freud 2011, S. 43

⁶⁷ Vgl. Ermann 2008, S. 42

⁶⁸ Vgl. Freud 2011, S. 94; Ermann 2008, S. 38

⁶⁹ Vgl. Freud 2015, S. 589; Ermann 2008, S. 38

⁷⁰ Vgl. Freud 2013a, S. 27

eines *Niederschlags sozialer Normen* im psychischen Binnenraum konzipiert.⁷¹ Als Teil des Ichs entstammt das Über-Ich Wahrnehmungserlebnissen, die sich im *Vorbewussten* niederschlagen; allerdings lässt sich eine seiner Quellen in der *Verinnerlichung des Aggressionstrieb*s ausmachen, so dass auch *unbewusste* Einflüsse von Freud angenommen werden. Denn da die große Herausforderung der Eindämmung des destruktiven Potentials des Menschen in Kulturgemeinschaften durch eine Verdrängung nach innen gelöst wird, bildet sich in der Folge ein *Schuldbewusstsein* als Spannung zwischen Über-Ich und Ich aus.⁷² Dabei fungiert das Über-Ich als strafende Instanz, die sich durch *überhöht strenge Gebote* auszeichnet, was Freud zufolge ein Relikt der starken Abwehr des Ödipuskomplexes darstellt, dessen Überwindung letztlich das Über-Ich hervorbringt.⁷³

Nun ist es möglich, von diesem Instanzenmodell der Psyche ausgehend den freudianischen Begriff des *Konflikts* näher zu beleuchten. Schon 1896 spricht Freud davon, „daß sich der Ausbruch der Hysterie fast regelmäßig auf einen psychischen Konflikt zurückführen läßt, indem eine unverträgliche Vorstellung die Abwehr des Ichs rege mache und zur Verdrängung auffordere.“ (Freud 1952, S. 447) Hier wird bereits eine Konfliktätiologie in Bezug auf ein psychosomatisches Krankheitsbild vermutet. Diese Inkompatibilität im Innenleben führt Freud zum *Triebkonfliktmodell*, das von der Existenz *unbewusster Konflikte zwischen Antrieben aus dem Es und den von äußeren Autoritäten herangetragenen Über-Ich-Normen* ausgeht. Aufgrund der Unmöglichkeit, dass vor allem libidinöse kindliche Triebimpulse und die Ansprüche der Eltern übereinstimmen, kommt es zu Verdrängungsvorgängen und zur *unbewussten Internalisierung infantiler Konflikte*, die sich im weiteren Verlauf in Form von *neurotischen Symptomen* als Kompromissbildungen zwischen dem verdrängten Impuls und der Autorität des Über-Ichs auf psychischer und somatischer Ebene einen *Ausdruck* bahnen können. Insbesondere den kindlichen Ödipuskonflikt als libidinöses Begehren der Mutter und aggressives Rivalisieren mit dem Vater hält Freud im Falle einer scheiternden Auflösung für ausgesprochen psychopathogen.⁷⁴ Insofern meist erotische Bedürfnisse auf das aus dem menschlichen Aggressionspotential hervorgegangene Über-Ich prallen und zum Erleben innerer Zerwürfnisse führen, folgert Freud: „[D]as Schuldgefühl ist der Ausdruck des Ambivalenzkonflikts, des ewigen Kampfes zwischen dem Eros und dem Destruktions- oder Todestrieb.“ (Freud 2010, S. 85) Über das Schuldbewusstsein hinausgehend lässt sich generell eine Polarität der Grundtriebe Eros und Aggressivität innerhalb des Es-Systems ausmachen; so sieht Freud die gesamte Kulturentwicklung als Prozess, der vom Eros ange-

⁷¹ Vgl. Freud 2013a, S. 51

⁷² Vgl. Freud 2013a, S. 57; Freud 2010, 74, 92

⁷³ Vgl. Freud 2011, S. 101

⁷⁴ Vgl. Ermann 2008, S. 26

trieben und vom Todestrieb unterminiert wird. Auch im Über-Ich gibt es Fälle einander widersprechender Gebote, so dass gefolgert werden kann, dass zusätzlich zu den typischen Es-Über-Ich-Kollisionen Konflikte innerhalb einer Instanz angenommen werden müssen.⁷⁵

Was bedeuten diese theoretischen Annahmen nun für die *klassisch-psychoanalytische Praxis*? Konsequenterweise auf seine psychopathogenetischen Vorstellungen aufbauend legt Freud eine Therapie vor, die auf die *Aufdeckung unbewusster Konflikte* fokussiert. Zu diesem Zweck gilt als *Grundregel der Psychoanalyse* für den Patienten, in *freien Assoziationen* von seinem inneren Erleben zu berichten, das heißt, gerade das banal oder irrational Scheinende auf möglichst ungefilterte Art und Weise zu äußern.

⁷⁶ Ziel einer solchen induzierten *Regression* ist dabei, das *Unbewusste* schrittweise zu *enttarnen* und Material aus Phänomenen zu gewinnen, die einen Zugang zum Unbewussten eröffnen: Neben den erwähnten Träumen und Fehlleistungen fallen darunter in der therapeutischen Sitzung vor allem die Assoziationen und die *Übertragung*.⁷⁷ Dieses zentrale Instrument für Diagnose und Therapie meint die Reaktivierung früher erlebter und dann verinnerlichter Beziehungsinteraktionen in späteren intersubjektiven Begegnungen und stellt eine Manifestation des Wiederholungszwangs dar. Dabei kommt es sowohl zu perzeptuellen Verzerrungen als auch zu aktiven Manipulationen auf der Handlungsebene, um eine Wiederholung des Erlebnismusters zu induzieren.⁷⁸ In der Deutung der Übertragung fordert Freud vom Analytiker *Abstinenz*, *Anonymität* und *Neutralität*, da die Übertragung vor allem als eine verzerrte Wahrnehmung des Patienten, die auf vergangene Erlebnisse und unbewusste Phantasien schließen lassen kann, konzipiert wird. Der Analytiker gerät häufig in die Rolle des Über-Ichs, falls er vom Patienten unbewusst als Elternfigur wahrgenommen wird, was einerseits eine Chance zu nachträglichen Erfahrungserfahrungen bietet, andererseits aber auch die ambivalente Besetzung der Eltern im Sinne liebevoller und feindseliger Affekte wiederholt. Darüber hinaus liegt in der *Reinszenierung konflikthafter Situationen* ein hohes Potential zur therapeutischen Bearbeitung.⁷⁹ Bei der Analyse der Übertragung geht es um die Bewusstmachung und Durcharbeitung des Unterschieds zwischen der subjektiven Wahrnehmung des Patienten und der aktuellen Realität, wie sie vom Analytiker wahrgenommen wird. Hier drängt sich als kritischer Einwand der Vorwurf eines naiven Realismus auf und es ist eher von einer Übertragungsbeziehung auszugehen, da neben vergangenen Prägungen auch gegenwärtige Beziehungserfahrungen für die Übertragung konstitutiv sind.⁸⁰ Der

⁷⁵ Vgl. Mertens 1997, S. 59; Mertens 2001, S. 371; Freud 2010, S. 72

⁷⁶ Vgl. Freud 2011, S. 69

⁷⁷ Vgl. Freud 2011, S. 73

⁷⁸ Vgl. Körner 1986, S. 283

⁷⁹ Vgl. Freud 2011, S. 70

⁸⁰ Vgl. Mertens 1997, S. 64

Umgang mit der Übertragung ist dabei von einer *individualpsychologischen Auffassung* geprägt, insofern als die Vorgänge im Patienten, die häufig (gegen Freuds Empfehlung!) auf biographische Erlebnisse zurückgeführt werden, als Kern der Übertragungsanalyse gesehen werden.⁸¹ Auch die *Gegenübertragung* – also die Übertragung des Therapeuten auf den Patienten – ist diagnostisch und therapeutisch äußerst relevant. Analog zur Neutralitätsforderung gegenüber Übertragungsphänomenen besteht auch hier das Ideal der anonymen Abstinenz des Analytikers trotz der Anerkennung einer ganzheitlichen Sichtweise der Gegenübertragung, die den Einfluss des Analytikers auf Wahrnehmungsprozesse des Patienten berücksichtigt.⁸² Neben Übertragungen und Gegenübertragungen arbeitet der analytische Therapeut schließlich mit *Widerständen*. Der Widerstand kann als *Opposition des Ichs gegen das Eindringen von unbewusstem Material aus dem Es* verstanden werden. Der Widerstand ist zum großen Teil *unbewusst* und dient der Abwehr der Aktualisierung durchlebter Beziehungserfahrungen zur Vermeidung negativer Affektzustände. Dabei gründet sich die Wirksamkeit der Therapie nicht darauf, dass vergessene Erinnerungen erneut zugänglich werden, sondern darauf, dass *Widerstände* gegen die Vergegenwärtigung und Auflösung der Übertragung *überwunden* werden; hier liegt ein Kernstück psychoanalytischer Behandlung.⁸³ So liegt das grundlegende *Ziel der Psychotherapie* für Freud in der *Befreiung des Einzelnen von Selbsttäuschungen, neurotischen Zwängen und destruktiven unbewussten Phantasien*, um zu einem verantwortungsvollen Leben zu gelangen.⁸⁴ Allerdings verschiebt sich seit der Entwicklung des Instanzenmodells 1923 der therapeutische Fokus hin zur *Unterstützung der Ich-Funktionen*.⁸⁵ So betont Freud 1932:

"Ihre [Der Psychoanalyse] Absicht ist ja, das Ich zu stärken, es vom Über-Ich unabhängiger zu machen, sein Wahrnehmungsfeld zu erweitern und seine Organisation auszubauen, so daß es sich neue Stücke des Es aneignen kann. Wo Es war, soll Ich werden." (Freud 1961, S. 86)

Die Konsequenzen dieser Wende von einem triebpsychologischen zu einem ich-psychologischen Fokus für die psychoanalytische Praxis wurden vor allem von Freuds Nachfolgern mit der Ausarbeitung des Strukturdefizitmodells gezogen, das im folgenden Kapitel dargestellt werden soll.

Nach diesen Ausführungen sollte deutlich werden, dass sich *Freuds Denken der Ambiguität* innerhalb des *Spannungsfeldes einer Unvermeidbarkeit der Entstehung immer neuer Konflikte* aufgrund der psychischen Verfasstheit des Menschen und einer *partiellen Auflösbarkeit konflikthafter intrapsychischer Zustände* mittels seiner Methode des „Lösens seelischer Zwänge“ („Psycho-Analysis“) bewegt.

⁸¹ Vgl. Mertens 1997, S. 74

⁸² Vgl. Mertens 1997, S. 80

⁸³ Vgl. Mertens 1997, S. 84–87; Freud 2011, S. 73

⁸⁴ Vgl. Mertens 1997, S. 95

⁸⁵ Vgl. Ermann 2008, S. 42

Zentrale Grundlage dafür ist die *Spannung zwischen Lust- und Realitätsprinzip*, die unablässig ambig Konflikte hervorbringt, welche allerdings als durchaus bewusstseins- und damit veränderungsfähig und disambiguiert beurteilt werden, falls es dem Menschen immer wieder gelingt, sich aus seinen permanenten Selbsttäuschungen zu befreien.⁸⁶ So ziehen sich *zwei gegensätzliche Stoßrichtungen* durch Freuds Theorie. Einerseits dominiert – in der Tradition von Arthur Schopenhauer und Friedrich Nietzsche – ein *tragischer, fatalistisch-kulturpessimistischer Grundzug*, der eine anti-kartesianische Entlarvung der Illusion eines autonomen Subjekts vornimmt und ein *Ich* entwirft, das sich als *zutiefst abhängig* von der äußeren Umwelt sowie vom eigenen Binnenmilieu in Form des Es und Über-Ichs herauskristallisiert. Auf der anderen Seite setzt er mit seiner Behandlungsmethode einen *aufklärerisch-optimistischen Impetus*, insofern das Ich mittels der Psychoanalyse das Gebiet des Es zu beherrschen lernen soll:

„Die Psychoanalyse ist ein Werkzeug, welches dem Ich die fortschreitende Eroberung des Es ermöglichen soll. Aber andererseits sehen wir dasselbe Ich als armes Ding, welches unter dreierlei Dienstbarkeiten steht und demzufolge unter den Drohungen von dreierlei Gefahren leidet, von der Außenwelt her, von der Libido des Es und von der Strenge des Über-Ichs.“ (Freud 2013a, S. 61)

Konflikte und Traumatisierungen gelten für Freud also zwar einerseits als *unabdingbar*, jedoch wird andererseits dem Menschen ein *gewisser Veränderungsspielraum* zugeschrieben, innerhalb dessen er seine *unbewussten Konflikte erhellen und sublimieren*, das heißt auch zum Teil die Wirksamkeit der verborgenen Dynamik entmachten kann. Hier liegt auch der Bereich persönlicher Verantwortung, daher besteht durchaus die Gefahr, durch das Versäumen von Selbstreflexion schuldig zu werden.⁸⁷ Allerdings kann auch ein erfolgreicher Verlauf einer Psychoanalyse im Gegensatz zu somatischen Interventionen immer nur *partielle Konfliktentschärfungen* erzielen, aber keine Elimination der letzten Ursache psychischen Leids und somit *keine Eradikation ambigen Erlebens* bieten.⁸⁸ Doch ist es durchaus möglich, einen *neuen Umgang mit der psychischen Brüchigkeit* in einer Therapie zu erlernen; so antwortet Freud auf die Skepsis mancher Patienten:

„Ich zweifle ja nicht, daß es dem Schicksale leichter fallen müßte als mir, ihr Leiden zu beheben: aber Sie werden sich überzeugen, daß viel damit gewonnen ist, wenn es uns gelingt, Ihr hysterisches Elend in gemeines Unglück zu verwandeln. Gegen das letztere werden Sie sich mit einem wiedergelesenen Seelenleben besser zur Wehre setzen können.“ (Freud 1952, S. 312)

Eine solche Reifung dürfte neben der Aufdeckung spezifischer symptomgenerierender Konflikte auch eine *Anerkennung der Konflikthaftigkeit des Innenlebens* als Grundlage für eine veränderte innere

⁸⁶ Vgl. Strenger 1989, S. 596

⁸⁷ Vgl. Mertens 1997, S. 60; Mertens 2008, S. 18

⁸⁸ Vgl. Freud 1952, S. 311

Haltung implizieren. So kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die klassische Psychoanalyse sowohl eine *Akzeptanz unvermeidlicher innerer Gebrochenheit* als auch eine *beschränkte Reduktion ambigen Erlebens* mittels der Bewusstmachung unbewusster Dynamiken zu fördern versucht. In methodologischer Hinsicht passt die Empirieskepsis der frühen Psychoanalyse zu dieser insgesamt recht toleranten Haltung unaufgelösten Phänomenen gegenüber.

2) Entwicklungspsychologische Strukturdefizitpathologie: Nachreifung brüchiger Persönlichkeitszüge in der fördernden Umwelt der therapeutischen Beziehung zur Integration innerer Widersprüchlichkeiten

Die Ursprünge des *Ich-/Selbst-Strukturdefizit-Modells* liegen in der amerikanischen Ich-Psychologie, die etwa von Heinz Hartmann vorgelegt wurde, positivistische Einflüsse aufweist und noch einer Ein-Personen-Psychologie verhaftet bleibt,⁸⁹ in der Objektbeziehungstheorie sowie in der Selbstpsychologie. Generell wird hier der Einfluss dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen der Bezugspersonen stark betont. Das Menschenbild des Strukturdefizitmodells gründet in einem deutlichen Fokus auf das *Selbst*, das für die Gewinnung eines gesunden Selbstwerts auf *Selbstobjekterfahrungen* angewiesen ist, die durch die Umwelt, das heißt zunächst vor allem die Eltern, zur Verfügung gestellt oder verweigert werden. Deshalb wird auch vom *Beziehungsparadigma* oder von einer *Zwei-Personen-Psychologie* (Michael Balint) gesprochen, was eine *relationale Anthropologie* impliziert. Triebkonflikte treten nur sekundär auf und werden in erster Linie im Falle einer pathologischen Entwicklung des Selbst auffällig. Psychische Störungen – etwa das Streben nach übermäßiger Anerkennung oder die Entwicklung von Süchten als Aufbau eines falschen Selbst – entstehen also durch die fehlende Bestätigung des Selbst. In diesem Modell besteht eine Schlagseite darin, die individuelle Verantwortung zu minimieren und die Prägung durch die Außenwelt zu überschätzen.⁹⁰ Während sich Freud in erster Linie mit Pathologie erzeugenden Konflikten bei Patienten mit einer eher gut entwickelten Persönlichkeitsstruktur befasste und narzisstische Störungen für nicht analysierbar hielt, wendet sich der nach ihm entstehende Ansatz, der auf Strukturpathologie abhebt, den *frühen Störungen* zu.⁹¹ Dies sei im Folgenden anhand einer schlaglichtartigen Auswahl aus den zahlreichen strukturfokussierten Richtungen dargestellt. So soll zunächst in die sehr grundlegende Objektbeziehungstheorie eingeführt und im Anschluss Kohuts Selbstpsychologie beleuchtet werden (a), bevor die bedeutende Weiterentwicklung der Mentalisierungsbasierten Therapie in den Fokus rückt (b). Am Ende des Kapitels sei der Umgang dieser neuen Richtungen mit ambigen Erfahrungen präsentiert.

⁸⁹ Vgl. Ermann 2014, S. 41

⁹⁰ Vgl. Mertens 1997, 60 f.

⁹¹ Vgl. Ermann 2009, S. 23

a) Objektbeziehungstheorie und Selbstpsychologie

Obwohl Freud ein intersubjektiv generiertes Über-Ich entwarf und die soziale Umwelt des Menschen stark machte, befasste er sich hauptsächlich mit der intrapsychischen Dynamik. Erst in der darauffolgenden Phase der Psychoanalyse ergab sich eine Hinwendung zum *imaginierten und realen Anderen*.

⁹² So können einerseits die Entstehung der *Objektbeziehungstheorie*, andererseits eine Veränderung der Sichtweise auf die *Gegenübertragung* als zwei wesentliche Entwicklungen der Psychoanalyse nach Freud gelten, was zu einem Paradigmenwechsel hin zum *Beziehungsparadigma* geführt hat. Der von Freud aus kartesischer Terminologie entnommene Begriff des *Objekts* bezeichnet in diesem Kontext keinen Sachgegenstand, sondern ein wahrgenommenes *äußeres Gegenüber*. Dagegen meinen *Objektbeziehungen* die *intrapsychischen Repräsentationen der zentralen interpersonalen Erfahrungen*, die internalisiert und dabei durch unbewusste Vorgänge umgestaltet werden; daher können sie von realen Interaktionen durchaus divergieren. Die ab etwa 1940 in London entworfene *Objektbeziehungstheorie* zeichnet sich dadurch aus, dass sie die *entscheidende Relevanz der frühen Beziehungen für die relationale Vorstellungswelt* eines Kindes hervorhebt; weit über die Kindheit hinaus prägen diese ersten Interaktionserfahrungen die Persönlichkeitsstruktur des Menschen und seine Beziehungsausformung in der Zukunft. ⁹³ Damit verschiebt sich der Fokus des psychoanalytischen Interesses weg von den Triebkonflikten und der ödipalen Phase hin zur *Entwicklung der basalen Fähigkeiten* in den „präödipalen“ ersten drei bis vier Lebensjahren. Nun spielen die *Bedürfnisse nach Bindung, Sicherheit und Vertrauen* eine wichtigere Rolle als sexuelle und aggressive Impulse. ⁹⁴ Die individualpsychologische und biologistische Theorie der Triebimpulse wird unter die Bedeutung von Beziehungsmustern untergeordnet. Die als Kleinkind erlangten Beziehungserfahrungen gelten als grundlegend für die weitere Entwicklung und die Ich-Funktionen des Individuums, es werden also die lebenslangen Auswirkungen einer nicht-kognitivistischen Sozialisation und Enkulturation stark gemacht. Konflikte – vor allem den Konflikt um Autonomie und Bindung – gibt es schon von früher Kindheit an, nicht erst ab dem Ödipus-Konflikt. ⁹⁵

Als Begründerin der Objektbeziehungstheorie wird die Kinderpsychoanalytikerin Melanie Klein angesehen, die als erste auf *unbewusste Objektrepräsentanzen* fokussierte, dabei allerdings Triebimpulsen, die sich in angeborenen Phantasien Ausdruck verschaffen, größere Bedeutung zumaß als den realen Beziehungen. Eine besonders wirkmächtige Idee trug ihr Schüler Wilfried Bion bei, indem er die sogenannte *Alpha-Funktion der Mutter* beschrieb: Dabei nimmt die Mutter stresserzeugendes

⁹² Vgl. Ermann 2014, S. 20

⁹³ Vgl. Ermann 2014, 23 f.; Ermann 2008, 113 f.

⁹⁴ Vgl. Ermann 2009, 67 f.

⁹⁵ Vgl. Mertens 2008, 22 f.

emotionales Rohmaterial ihres Kindes auf, verarbeitet es innerlich und gibt es dem Kind in „verdaulicher“ Form wieder zurück; diesen Prozess bezeichnet Bion als „Containing“. ⁹⁶ In der Folge spielte die britische Gruppe der sogenannten „Unabhängigen“, die vom theoretischen Ansatz her zwischen den Positionen von Anna Freud und Melanie Klein standen, eine wichtige Rolle. Hier vollzieht sich eine Wende in der Beurteilung der Entstehungsbedingungen von Objektrepräsentanzen und damit der Selbststruktur: Die realen frühen Beziehungen und dabei vor allem die Mutter-Kind-Dyade werden nun als deutlich bedeutender eingestuft als die Ökonomie der Triebe. ⁹⁷ Unter diesen Analytikern sei Donald Winnicott hervorgehoben, der das Zusammenspiel von Individuum und Umwelt als *entwicklungspsychologische Einheit* ansieht. Während es unter gesunden Bedingungen der Mutter gelingt, „gut genug“ für ihr Kind zu sorgen, können psychopathologische Phänomene als Folge einer „Reifungsstörung in einer unzureichend fördernden Umwelt“ (Ermann 2014, S. 31) gelten. Zur Herstellung eines solchermaßen günstigen Entwicklungsrahmens liegt die wesentliche Aufgabe der Mutter in der Bereitschaft, sich als Objekt verwenden zu lassen. Diese *Objektverwendung* bedeutet während der Frühphase der Mutterschaft vor allem eine adäquate affektive Spiegelung des Kindes und soll in ihm eine vorübergehende Einheitsillusion induzieren. In der darauffolgenden Phase der langsamen Trennung spielen *Übergangsobjekte* eine wichtige Rolle, die als materialisierte Substitute für die Mutter etwa in Form von Kuscheltieren dem Kind eine allmähliche Aufgabe der Verschmolzenheitsphantasien erleichtern und einen gesunden Lösungsprozess ermöglichen sollen. Diese Funktion können auch kindliche Tätigkeiten wie etwa das Spielen übernehmen, welche Winnicott als *Übergangsphänomene* bezeichnet. ⁹⁸ Parallel zur Ausformung der Objektbeziehungstheorie rückte die *Gegenübertragung* in ein neues Licht. Dies ergab sich bereits daraus, dass Winnicott den Raum der Therapie des Erwachsenen analog zur fördernden Entwicklungsumwelt des Kindes konzipierte und dabei die Aufgaben von Analytiker und Mutter parallelisierte, was eine hohe Aktivität aufseiten des Therapeuten erforderte. Darüber hinaus arbeitete Paula Heimann den *diagnostischen Wert* der Gegenübertragung heraus, indem sie die Möglichkeit des Analytikers, innere Zustände und Objektrepräsentanzen des Patienten selbst zu erleben, aufzeigte. Dabei wurde das freudianische Ideal der Abstinenz bezüglich der Gegenübertragung als unrealistisch und wenig förderlich aufgegeben. ⁹⁹

Auch in Heinz Kohuts Beschäftigung mit (frühen) narzisstischen Störungen und der Ausarbeitung einer *Selbstpsychologie* liegt ein wichtiger Schlüssel zum Verständnis der entwicklungspsychologischen Strukturdefizitpathologie. ¹⁰⁰ Hier steht das *Selbstwertgefühl* des Menschen im Zentrum, für

⁹⁶ Vgl. Ermann 2014, S. 26–28

⁹⁷ Vgl. Ermann 2014, S. 29

⁹⁸ Vgl. Ermann 2014, 31 f.

⁹⁹ Vgl. Ermann 2014, S. 33–35

¹⁰⁰ Vgl. Kohut 1981

dessen Aufbau und Aufrechterhaltung *Selbstobjekte* bzw. Selbstobjektfunktionen/-erfahrungen entscheidend sind. Mit *Selbstobjektfunktion* meint Kohut dabei die Aufgabe eines menschlichen Gegenübers, *mittels eines verständnisvoll-empathischen Umgangs* mit einer anderen Person dieser ein *Empfinden von Selbstachtung und Selbstkohäsion* zu vermitteln. Im ausdrücklichen Widerspruch zu Freud nimmt Kohut keine primären, in der menschlichen Psyche eingebauten, potentiell zur Pathologie führenden Konflikte an, hält jedoch Konflikte für unvermeidbar, da die Umwelt nie vollständig auf die Bedürfnisse des Kleinkindes eingehen kann. Gelingt es allerdings, ausreichend Selbstobjekterfahrungen zur Verfügung zu stellen und dabei optimal zu frustrieren, ist das Kind in der Lage, das Selbstobjekterleben zu internalisieren und auf diese Weise eine unabhängige *Persönlichkeitsstruktur* aufzubauen, die nun aus sich heraus stabilisierend agieren kann. Werden die infantilen Bedürfnisse jedoch übermäßig frustriert, kompensiert das Kind diesen Mangel durch die *Idealisierung* seiner selbst (Größenselbst) oder anderer (idealisierte Elternimago); dadurch entstehen eine Pseudo-Autonomie und letztlich eine narzisstische Persönlichkeitsproblematik.¹⁰¹ Während Freud von einer primären Konfliktpsychologie ausgeht, vollzieht sich nach Kohut die *psychische Entwicklung des Kleinkinds zwischen seinem Selbst und einer potentiell harmonischen Umwelt* voller Empathie und bestätigender Selbstobjekte; zwangsläufig vorkommende Brüche führen zu *sekundären Konflikten*.¹⁰² Das Kleinkind wird nicht – wie bei Freud – in eine von vornherein antagonistische Umwelt hineingeboren, sondern es ist eine potentielle Passung zwischen Kind und Milieu vorhanden.¹⁰³ Eine *gesunde menschliche Entwicklung* besteht nicht im regelrechten Durchlaufen psychosexueller Phasen, die durch eine Auseinandersetzung mit den Grundtrieben Sexualität und Aggressivität geprägt sind, sondern wird durch die *Verfügbarkeit von bestätigenden, phasengerechten Selbstobjekterfahrungen* ermöglicht. Ödipale Konflikte mögen in der menschlichen Entwicklung inhärent sein, nicht jedoch der Ödipus-Komplex, der – falls er auftritt – als Versuch einer Heilung des Selbst zu verstehen ist. Überhaupt hält Kohut die Figur des „*tragischen Menschen*“ (im Sinne des Odysseus), der nach Erfüllung strebt, für ein angemesseneres universales Konzept als das Bild des konfliktgeplagten „*schuldigen Menschen*“ (im Sinne des Ödipus), der nach Lust strebt.¹⁰⁴ Dies scheint auch im Hinblick auf die Vater-Sohn-Beziehungen plausibler: Ödipale Konstellationen sind als sekundäres, schon pathologisches Phänomen einzuordnen.¹⁰⁵ Die Lebensaufgabe des Menschen liegt in der Erlangung einer *innerlichen Festigkeit und Lebendigkeit des Selbst* und deren Beibehaltung, in der *Verwirklichung von*

¹⁰¹ Vgl. Ermann 2014, S. 44–46; Ornstein 1993, S. 200

¹⁰² Vgl. Ornstein 1983, 357 f.

¹⁰³ Vgl. Ornstein 1998, S. 214

¹⁰⁴ Vgl. Ornstein 1998, S. 217–219

¹⁰⁵ Vgl. Ornstein 1998, S. 222

Entwicklungspotentialen und der Erfüllung eines inneren Programms des Selbst, was die *humanistische Anthropologie* Kohuts deutlich macht.¹⁰⁶ Dagegen sind *psychische Störungen* als *Folge primär von Entwicklungsdefiziten, sekundär von Konflikten* zu sehen: Die *mangelnde Verfügbarkeit oder Unzuverlässigkeit von Selbstobjekterfahrungen* – also zunächst wirkliche Ereignisse, nicht triebbezogene Fantasien – führt zu Selbstdefiziten, die zusammen mit reaktiv-defensiven Strukturen die Grundlage psychopathologischer Entwicklungen ausmachen; diese Strukturschwächen ziehen zwangsläufig Konflikte nach sich, die das Selbst weiter destabilisieren. Dementsprechend besteht das zentrale Ziel der *psychoanalytischen Behandlung* darin, *nachträglich Selbststrukturen durch verwandelnde Internalisierung aufzubauen* sowie den Patienten zu befähigen, ein *empathisches Selbstobjektmilieu zu finden*; Einsichten werden eher als begleitend angesehen.¹⁰⁷ Zusammenfassend kann Kohuts Anliegen als Frage nach der Aufrechterhaltung von Selbstkohäsion als Selbstachtung und Selbstakzeptanz in einer verunsichernden Welt formuliert werden. Gegen dieses zunächst sinnvolle Unterfangen kann eingewandt werden, dass es einer ideologischen Verantwortungsüberlastung der Eltern unterliegt und es zu optimistisch, zu sehr humanistisch orientiert scheint, da nicht die Natur des Menschen, sondern sozioökonomische Bedingungen für das psychische Elend verantwortlich gemacht werden.¹⁰⁸

Im Hinblick auf die *therapeutische Situation* ähneln sich Objektbeziehungstheorie und Selbstpsychologie stark. In beiden Ansätzen wird der *Analytiker* vom Patienten als *Möglichkeit von Selbstobjekterfahrungen* gesehen. *Übertragungen* spiegeln *Entwicklungsdefizite* und mangelhaft befriedigte Motivationssysteme wider und sind vor allem unter dem Gesichtspunkt des Strebens des Patienten nach Selbstobjektfunktionen zu verstehen. Sie äußern sich etwa in Übertragungen, die den Therapeuten idealisieren, oder in solchen, die eine Bestätigung ihres Größenselbst durch den Therapeuten anzielen.¹⁰⁹ Dies bedeutet für den Umgang des Therapeuten mit den Übertragungen, die Äußerungen des Patienten weniger im Hinblick auf die unbewusste Wiederauflage biographischer Konflikte, sondern eher dahingehend zu deuten, was für seine *Entwicklung* relevant ist – also etwa im Hinblick auf Selbstobjekterfahrungen. Falls der Therapeut empathisch genug ist, erfolgt keine Inszenierung von konfliktträchtigen vergangenen Erlebnissen.¹¹⁰ Was die *Gegenübertragung* angeht, so dient das Ziel der Neutralität des Analytikers als Mittel zum Zweck einer *möglichst umfassenden Empathie* dem Patienten gegenüber, die eine Realisierung von Entwicklungspotentialen ermöglichen soll.¹¹¹ *Widerstand* wird als *Störphänomen* betrachtet, das *durch Einfühlungsdefizite* des Therapeuten in die Ana-

¹⁰⁶ Vgl. Ornstein 1998, S. 215; Ermann 2014, S. 47

¹⁰⁷ Vgl. Ornstein 1998, S. 222–225

¹⁰⁸ Vgl. Mertens 2008, S. 31–34

¹⁰⁹ Vgl. Mertens 1997, 65 f., 69

¹¹⁰ Vgl. Mertens 1997, S. 74

¹¹¹ Vgl. Mertens 1997, S. 80

lyse Einzug hält, durch eine stark empathische Durcharbeitung der Entwicklungsbedürfnisse des Patienten allerdings minimierbar ist.¹¹² Diesen Auffassungen folgend zielen Erstgespräch und Diagnostik darauf ab, Strukturdefizite mittels entwicklungspsychologisch orientierter, standardisierter Verfahren sowie Selbstobjekt-Übertragungen zu identifizieren.¹¹³ Als ein bedeutendes Werkzeug der Operationalisierung sei die *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik* (OPD) herausgegriffen, die einen Versuch darstellt, die wesentlichen Erkenntnisse aus der psychodynamischen Tradition in ein vergleichbares, für wissenschaftliche Zwecke verwendbares Schema zu gießen. Dabei erfasst die OPD multiaxial das Krankheitserleben und die Behandlungsvoraussetzungen, dysfunktionale Beziehungsmuster, wiederkehrende dysfunktionale Konflikte, einzelne Strukturelemente und das Gesamtstrukturniveau sowie das psychische und somatische Störungsbild. Auf der *Strukturachse* erscheint dabei eine dimensionale Ausprägung der *basalen Fähigkeiten* Wahrnehmung, Steuerung, emotionale Kommunikation und Bindung jeweils in Bezug auf sich selbst und den anderen. In der Summe ergibt sich daraus die Integrationsstufe der Gesamtstruktur.¹¹⁴ Als *zentraler Wirkfaktor* gilt im Strukturdefizitmodell die *empathische Resonanz des Therapeuten*, die einen Schutzraum gewährt, innerhalb dessen der Patient bisher nicht umgesetzte Entwicklungsbedürfnisse artikulieren und ausleben kann. Dementsprechend liegt das Ziel in einer Kompensation von Mängeln der primären Sozialisation, damit der Patient sich selbst mehr verwirklichen und zu dem reifen kann, der er eigentlich ist.¹¹⁵

b) Mentalisierungsbasierte Therapie

Die stark auf der Bindungstheorie aufbauende *Mentalisierungsbasierte Therapie* (MBT) gilt als bedeutende Weiterentwicklung der Objektbeziehungstheorie. Unter *Mentalisieren* versteht man den Prozess, durch den ein Mensch wahrnimmt, dass mentale Vorgänge seine Erfahrung der Welt vermitteln.¹¹⁶ Dabei umfasst das Bedeutungsspektrum des Mentalisierens sowohl die *Interpretation des Verhaltens als Funktion innerseelischer Zustände* als auch das *Nachdenken über mentale Zustände* und dabei insbesondere über *Affekte*. Es handelt sich um einen *emotionalen, kognitiven und körpernahen Vorgang*, der sich der subjektiven Bedeutsamkeit innerer Prozesse und äußerer Handlungen widmet und sich dabei zugleich auf einer *intrapsychischen* als auch auf einer *interpersonellen Ebene* bewegt; damit werden psychologische Sensibilität und emotionale Intelligenz, Achtsamkeit und Empathie in einem Konzept integriert.¹¹⁷

¹¹² Vgl. Mertens 1997, S. 86

¹¹³ Vgl. Mertens 1997, S. 91

¹¹⁴ Vgl. Stasch 2014, S. 118

¹¹⁵ Vgl. Mertens 1997, 94 f.

¹¹⁶ Vgl. Fonagy et al. 2004a, S. 3

¹¹⁷ Vgl. Schultz-Venrath 2013, S. 79–83

Anthropologische Grundlage des Mentalisierungsmodells ist ein *intersubjektives Menschenbild*.¹¹⁸ Das Paradigma der Mentalisierung sieht in der feinfühlig spiegelnden Bezugsperson die unabdingbare Voraussetzung für die Entwicklung der Fähigkeit, das eigene Verhalten und das Verhalten anderer als Folge von mentalen Binnenräumen mit Gefühlen, Gedanken, Wünschen, Bedürfnissen etc. zu verstehen. Für die Entwicklung eines Verständnisses der eigenen Innenwelt als zentraler Emotionsregulationskompetenz und Reifemerkmale ist die Erfahrung einer responsiven Bindungsperson also unumgänglich. Sowohl die Mentalisierungsfähigkeit als auch die Entwicklung des Selbst werden durch affektive Bindung hervorgebracht. Dabei wird insofern die Bindungstheorie rekonzipiert, als eine *Schaffung mentaler Repräsentanzen als Ziel der Bindungsprozesse* angenommen wird. Jedoch ist die Funktion des Mentalisierens nur einer von vier empirisch belegten Modi. So steht die Mentalisierung als *metakognitiver Reflexionsmodus*, der auf die Realität bezogen und als reflective function operationalisiert ist, drei *prämentalistischen Modi* gegenüber: dem Äquivalenzmodus, dem Als-ob-Modus und dem teleologischen Modus.¹¹⁹ Dabei zeichnet sich der *Äquivalenzmodus* durch die Wahrnehmung einer Übereinstimmung von psychischem Binnenraum und äußerer Welt aus und erweist sich im Falle früher Störungen als sehr prominent.¹²⁰ Im *Als-ob-Modus* dagegen findet sich der seelische Innenraum von der äußeren Welt abgetrennt, wie dies z. B. im Spiel der Fall ist; er ist kennzeichnend für klassische Neurosen und tritt häufig zusammen mit dem Phänomen des Pseudomentalisierens auf, das eine verbale Psychologisierung ohne affektive Beteiligung bezeichnet.¹²¹ Der früheste Modus in der Entwicklung ist schließlich der *teleologische Modus*, der die Tatsache meint, dass die Realität psychischer Vorgänge an wahrnehmbare äußere Handlungen gekoppelt wird; somit befindet man sich etwa beim Agieren in diesem Modus.¹²²

In Bezug auf die *therapeutische Situation* bedeutet dies, dass eine *mentalisierte Affektivität* als zentrales Therapieziel gilt. Damit ist die Fähigkeit gemeint, die subjektive Bedeutsamkeit von Affekten zu verstehen; sie geht über intellektuelles Verständnis hinaus und ist wichtig für die Emotionsregulation.¹²³ Um dahin zu gelangen, stellt der Therapeut über eine kontrollierte Selbstoffenbarung ein *mentales Modell* zur Verfügung und fungiert damit dem Patienten gegenüber in nachholender Weise als eine Art *Hilfs-Ich* – analog zur Rolle der primären Bezugsperson dem nicht mentalisierenden Kleinkind gegenüber. Diese *therapeutische Haltung*, die über die Objektbeziehungstheorie hinausgeht,¹²⁴ ist dabei vom Ziel der *Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit* mit der Folge des *Aufbaus*

¹¹⁸ Vgl. Schultz-Venrath 2013, S. 45–52

¹¹⁹ Vgl. Ermann 2014, 90 f.

¹²⁰ Vgl. Schultz-Venrath 2013, S. 98

¹²¹ Vgl. Schultz-Venrath 2013, S. 99–102

¹²² Vgl. Schultz-Venrath 2013, S. 103

¹²³ Vgl. Fonagy et al. 2004a, S. 5

¹²⁴ Vgl. Schultz-Venrath 2013, S. 68

von *Repräsentanzen* geprägt. Sie umfasst eine große Achtung vor der Individualität des Patienten, was sich im hohen Stellenwert des Fragens und einer affektzentrierten Kommunikation ausdrückt. Auch werden Übertragungsdeutungen und Phantasien sehr zurückhaltend eingesetzt. Fehler sind zu thematisieren und um Entschuldigung ist zu bitten. Daher zählen zu den zentralen *Fähigkeiten des Therapeuten* ein Bewusstsein vom eigenen Nicht-Wissen, die Anerkennung des Patienten und die Empathie ihm gegenüber, eine quasi-inquisitorische Neugierde und ein aktives Zuhören sowie im Falle von Widerständen der Einsatz einer herausfordernden Kommunikationstechnik wie unkonventionelles Fragen und verfremdendes Affektspiegeln („challenging“).¹²⁵ Entscheidend dabei ist es neben dem Üben des Mentalisierens, nicht mentalisierende Prozesse des Patienten zu identifizieren, die sich unter anderem durch eine mangelnde Toleranz gegenüber einer Ambiguität, die durch andere Sichtweisen entstünde, auszeichnen, indem im Äquivalenzmodus die Repräsentation der Wirklichkeit mit der Realität selbst gleichgesetzt wird. Die dyadische therapeutische Beziehung kann dabei als Sonderform der Gruppenbeziehung gelten. Der Gruppe wird eine hohe Bedeutung für den Prozess des Mentalisierens zugeschrieben; so gelten Gruppensettings als bedeutendster Rahmen für die Entwicklung dieser Fähigkeit.¹²⁶

Was den *Umgang mit ambigen Erfahrungen* innerhalb des Beziehungsparadigmas betrifft, so wird hier zunächst der Fokus nicht so sehr auf tragische Konflikte und affektive Verstrickungen gelegt. Vielmehr stellt das Strukturdefizitmodell ab auf das *Gelingen von Eltern-Kind- bzw. Therapeut-Patient-Interaktionen* durch die Feinfühligkeit von Bezugspersonen und daraus resultierende *grundsätzlich ausbaubare Befähigungen als konstitutive Elemente der Persönlichkeitsstruktur* eines Menschen, die durch fördernde Nahbeziehungen im Laufe des Entwicklungsprozesses erworben werden bzw. im Kontext der Behandlungssituation nachreifen können. Freilich relativiert sich dieser optimistische Grundton insofern sogleich, als das hier vorgelegte positive Entwicklungskonzept auch die nicht idealen Bedingungen der realen Familie impliziert, die mehr oder weniger *brüchige Persönlichkeitszüge* generieren. Auch wird *Freuds Annahme unvermeidlicher Konflikte* nicht aufgegeben, sondern in den *umfassenderen Rahmen des Konstrukts einer Gesamtpersönlichkeitsstruktur* gerückt: Je nach charakterlichen Ressourcen gelingt eine *mehr oder weniger reife Bewältigung universaler Situationen der Hin- und Hergerissenheit zwischen zwei Entwicklungspolen* wie Individuation versus Abhängigkeit oder Unterwerfung versus Kontrolle. Diese beiden Konfliktbeispiele stammen aus der *OPD*, innerhalb deren Systematik das Verhältnis von Konflikt und Struktur im psychoanalytischen Beziehungsparadigma ebenfalls verdeutlicht werden kann. Auch hier werden die *Konflikte als ambiguitätserzeugende Lebensthemen* für *unumgänglich* gehalten; deren dysfunktionales Potential allerdings wird wie

¹²⁵ Vgl. Schultz-Venrath 2013, S. 156–170

¹²⁶ Vgl. Schultz-Venrath 2013, 196 f.

bei Freud als reduzierbar eingestuft, insbesondere vermittelt der Arbeit an den strukturellen Basisfähigkeiten. Ein *gut integriertes Strukturniveau* wiederum gilt als *eindeutiges Entwicklungsziel* und könnte als die *Fähigkeit* reformuliert werden, *adäquate Beziehungen zu sich selbst und anderen Menschen aufzubauen*. Dieses grundlegende Konzept geht nun über die klassische Psychoanalyse deutlich hinaus und sieht in *strukturellen Defiziten* eine *wesentliche Quelle von Ambiguitäts erleben* und einen entscheidenden Risikofaktor für psychopathologische Entwicklungen. Hier besteht die Qualität der ambigen Erfahrung nicht so sehr in einer inneren Zerrissenheit (wie im Falle der Konflikte) als eher in einem *basalen Mangel*, einer *grundlegenden Gebrochenheit*. Im Zuge einer Psychotherapie liegt wie oben gesehen im Ausbau struktureller Fähigkeiten durch den entwicklungsbegünstigenden Rahmen des therapeutischen Settings ein wesentliches Behandlungsziel, so dass hier tatsächlich psychodynamisch-therapeutische Potentiale für eine *Verminderung ambigen Erlebens im Sinne einer Verbesserung basaler Selbst- und Objektbeziehungsfähigkeiten* gesehen werden können. Allerdings macht die Ubiquität ambivalenter Konflikte und anderer ambiger Erfahrungen deutlich, dass eine Verbesserung des Strukturniveaus vor allem eine zugänglichere *Akzeptanz und Integration innerer Widersprüchlichkeiten* bedeutet, was an einzelnen OPD-Fähigkeiten wie Affekttoleranz oder ganzheitlicher Objektwahrnehmung oder auch an Kohuts Ziel der Selbstkohäsion als Selbstakzeptanz durch therapeutische Selbstobjekterfahrungen besonders sichtbar wird. Ähnliches gilt für die Mentalisierung, die als übergreifende Strukturfähigkeit zahlreiche OPD-Items umfasst. So sieht die MBT etwa in einer mangelnden Toleranz für Ambiguität und Ambivalenz ein Merkmal für nicht mentalisierendes Verhalten. Schließlich kann noch in methodologischer Hinsicht erwähnt werden, dass im Beziehungsparadigma die Empirieskepsis der klassischen Psychoanalyse zugunsten einer *Operationalisierung der Methodik* überwunden wird, was man als *wissenschaftstheoretische Disambiguierung* bezeichnen könnte. Dies macht ebenso wie der Fokus auf der Explikation einer reifen Persönlichkeit die *Einflüsse positivistischer Strömungen auf die postfreudianische Psychoanalyse* deutlich.

3) Intersubjektiv-psychoanalytische Beziehungskonfliktpathologie: Konstruktion des Behandlungsprozesses im intersubjektiven Feld zwischen verstricktem Enactment und neuer Beziehungserfahrung

Während der Weg von der freudianischen Konfliktanthropologie zum strukturzentrierten Menschenbild eine deutliche Wende in der psychoanalytischen Theoriebildung darstellt, kann die Entwicklung vom Beziehungs- zum *Bezogenheitsparadigma* eher als *Radikalisierung der Objektbeziehungs-idee mit Akzentverschiebungen* denn als tiefgreifende Revolution eingeordnet werden. Der Hauptunter-

schied zwischen beiden Paradigmen ist darin zu sehen, dass die Beziehung als Rahmen der Bezogenheit als Matrix entgegengesetzt werden kann.¹²⁷ Um diesen Unterschied herauszuarbeiten, bedarf es zunächst einer terminologischen Klärung von „*Bezogenheit*“. Es war Hans Loewald, der diesen Begriff zuerst verwandte und darunter eine *initiale Einheit* verstand, *aus der heraus sich innerpsychische Komponenten und äußere Objekte differenzieren*, die in Interaktion zueinander treten.¹²⁸ Daran anknüpfend meint Michael Ermann mit Bezogenheit einen „*gemeinsamen mentalen Zustand*“ (Ermann 2014, S. 14)¹²⁹, während „Beziehung“ eine gewisse Unabhängigkeit der Interaktionspartner impliziert. Die *intersubjektive Wende* trägt den Kerngedanken in die Psychoanalyse, dass die *Psyche* des Menschen nur über die Annahme einer *grundlegenden, ursprünglichen Bezogenheit* verstehbar ist, während *Individualität erst sekundär* aus der Beziehung hervorgeht. Auf der Grundlage von Kohuts Selbstpsychologie rückt nunmehr das Problem der *Identität* stärker in den Fokus der Aufmerksamkeit, während sexuelle Restriktionen im 21. Jahrhundert als psychopathogenetisch weniger zentral gelten. Die neue Therapieauffassung qualifiziert die *Bedürfnisse* nach *Bindung, Anerkennung* und *Sicherheit* als besonders bedeutsam, ebenso wie jetzt dem *reflexiven Charakter* und der *sozialen Entstehung des Selbst* stärkere Beachtung zuteilkommt. Laut Robert Stolorow, einem der Begründer der intersubjektiven Systemtheorie, ist das *Selbst* weniger strukturell-statisch als vielmehr *prozedural-dynamisch* zu verstehen sowie als *Ko-Konstruktion in einer Matrix der Bezogenheit* zu konzipieren.¹³⁰

Indem die *Behandlungssituation* hier als *intersubjektives Feld* aufgespannt wird, das durch die Eigenschaften *bivalent, reziprok* und *kontextabhängig* charakterisiert werden kann, geht die Psychoanalyse über das kartesianische Subjekt-Objekt-Denken hinaus und trägt damit der *interpersonellen Verfasstheit des Menschen* Rechnung.¹³¹ Die Therapie wird hier also gemeinsam konstruiert. Was die *therapeutische Haltung* angeht, so ist der Analytiker angehalten, *auf empathische und introspektive Weise* die *Interaktion* im intersubjektiven Feld zu *explorieren*. Dabei wird er vom Patienten unbewusst als Person gesehen, die zugleich eine Affirmation der internalisierten Beziehungsmuster darstellt als auch eine neuartige Beziehungserfahrung ermöglicht. Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand werden einer Neubewertung unterzogen. Als *Übertragung* versteht die intersubjektive Perspektive die *unbewusste Reaktivierung innerer Objektkonstellationen*, die in der Analyse durchzuarbeiten ist. Für die Übertragungsdeutung bedeutet dies, dass die gemeinsam inszenierte Beziehungskonstellation von Patient und Therapeut anerkannt wird. Außerdem werden Äußerungen des Patienten nicht als zwangsweise verzerrt, sondern als verifizierungsbedürftig und als bedeutsame

¹²⁷ Vgl. Ermann 2014, 12, 66

¹²⁸ Vgl. Ermann 2014, S. 13

¹²⁹ Hervorhebung D. L.

¹³⁰ Vgl. Ermann 2014, 14 f., 59–63, 117

¹³¹ Vgl. Ermann 2014, S. 94–98

Mitteilung über das Erleben der Beziehung durch den Patienten gesehen. Bezüglich des Umgangs mit der Übertragung liegt der Fokus auf der *Übertragungsanalyse in der aktuellen Therapiesituation*. Dabei ist die *bewusste und unbewusste Gestaltung der Kommunikationssituation* entscheidend. Da das *Behandlungsziel* in einer *fördernden Beziehungsgestaltung* zu sehen ist, erweist sich die implizit-paraverbale Ebene entscheidender als die Sprechinhalte. Dementsprechend tritt die Relevanz der Deutungen in der intersubjektiven Psychoanalyse hinter die Bedeutung der *Einflussnahme auf das prozedural kodierte, somatisch-affektiv repräsentierte archaische Selbst* zurück. Letzteres manifestiert sich im *Enactment*, das heißt in der *Inszenierung präreflektiven Erlebens* auf der Handlungsebene. Solche *impliziten Prozesse* gilt es für den Patienten zur Erhöhung seines Freiheitsspielraums zu *integrieren*. In der Sichtweise der *Gegenübertragung* wird das Ideal der absoluten Enthaltbarkeit bezüglich eines eigenen Standpunkts zugunsten eines *aktiven Therapeuten, der sich selbst selektiv zeigt*, aufgegeben.¹³² Auch das Auftreten von *Widerstand* ist insofern im Kontext der Übertragung zu sehen, als der Patient den Analytiker als versagendes Gegenüber erlebt, wenn dieser ihm *keine ausreichend gute Selbstobjektfunktion* zur Verfügung stellt. In solchen Situationen werden Frustrationserfahrungen reaktiviert, so dass der Patient mit Widerstand antwortet.¹³³ Als *Hauptwirkfaktor der Therapie* sehen es die Intersubjektivisten dabei an, *korrigierende prozedurale Beziehungserfahrungen zur Stärkung der Persönlichkeitsstruktur* zur Verfügung zu stellen, die dem Patienten eine neuartige Gestaltung zwischenmenschlicher Interaktionen jenseits festgefahrener Muster ermöglicht. Wie bei Kohut gilt die Selbstobjektfunktion des Analytikers als entscheidend, so dass *Veränderungen durch relationale Neuerfahrungen* erwartet werden.¹³⁴

Was folgt nun aus diesem Behandlungskonzept für die Bewältigung ambigen Erlebens? Aus einer interpersonell-psychoanalytischen Perspektive wird ein ähnlicher *Umgang mit Ambiguitätserfahrungen* wie im Beziehungsparadigma nahegelegt. Wie oben ausgeführt, besteht das Therapieziel darin, haltgebend-empathische Selbstobjekterfahrungen bereitzustellen, damit der Patient innere Brüche besser integrieren kann und dadurch seine zwischenmenschlichen Interaktionen bewusster und freier gestalten kann. Es geht also ebenfalls um die *Nachreifung brüchiger Persönlichkeitszüge durch korrigierende Beziehungserfahrungen* im gemeinsam konstruierten Feld der Therapie, wobei der diagnostische und therapeutische Fokus auf der *Manifestation der Gebrochenheit in Inszenierungen verstrickter Beziehungskonstellationen* liegt, an denen immer auch der Analytiker teilhat. Daran wird deutlich, dass die intersubjektive Psychoanalyse ein *Spannungsfeld zwischen einem andauernden Enactment früh erlernter Beziehungsmuster und der Chance auf veränderte Beziehungserfahrungen*

¹³² Vgl. Ermann 2014, S. 110–114; Mertens 1997, 69, 74, 80; Ermann 2014, S. 106–108

¹³³ Vgl. Ermann 2014, 119 f.

¹³⁴ Vgl. Ermann 2014, S. 101–103; Mertens 1997, S. 94

betont. Hier scheinen wieder die beiden Pole unüberwindbaren Ambiguitätserlebens sowie der Entwicklung einer reifen Persönlichkeitsstruktur auf, die der These des ganzen Kapitels zugrunde liegen.

4) Französisch-lacanianische Psychoanalyse: Therapeutische Induktion ambiger Erfahrungen zur inneren Verflüssigung des begehrenden und gespaltenen Subjekts

In der *phänomenologischen Rezeption der Psychoanalyse*, für die hier stellvertretend Lacan herausgegriffen wird, gelten Phänomene der *Ambiguität* als konstitutiver Bestandteil der menschlichen Existenz. Dabei erfolgen gleichzeitig eine Anknüpfung an die klassische Psychoanalyse und eine skeptische Abkehr von ihr: So ist auf der einen Seite eine *Rückkehr zur Radikalität der frühen Einsichten über die Dynamik unbewusster Konflikte*, auf der anderen Seite jedoch eine *Ablehnung des freudianischen Aufklärungsoptimismus unter den Bedingungen postmoderner Kontingenz* zu verzeichnen. Als prominentester Vertreter einer phänomenologisch-postmodernen Rezeption der klassischen Psychoanalyse gilt der Begründer der „Französischen Psychoanalyse“, Jacques Lacan. Indem er versucht, die imaginär-illusionäre Verfasstheit des Ich sowie eine linguistische Struktur des Unbewussten aufzudecken, sieht er sich selbst als *Erneuerer der freudianischen Psychoanalyse*, die durch positivistische Züge der amerikanischen Ich-Psychologie ihren eigentlich subversiven Charakter verloren hätte. Denn die Radikalität der klassischen Psychoanalyse sei in der Offenlegung der unbewussten, immer schon sozialen Triebe, der menschlichen Selbstentfremdung durch die Verdrängung des Begehrens sowie der frühkindlichen Sexualität zu sehen.¹³⁵ Dabei recurriert Lacan meist auf Ideen des frühen Freud. Formal handelt es sich um ein nicht homogenes Werk und eine uneinheitliche Methode; darüber hinaus werden Denkfiguren häufig bewusst nicht geschlossen.¹³⁶ In Hinblick auf teilweise schwer fassbare, sich entziehende Inhalte wirkt eine solche formale Gestaltung adäquat, aber nur begrenzt zugänglich. Trotz dieser Intransparenz des Originalwerkes soll im Folgenden versucht werden, einige Eckpunkte der lacanianischen Anthropologie und Psychoanalyse systematisch und knapp herauszuarbeiten und sie für den Umgang mit Ambiguität fruchtbar zu machen.

Indem Lacan die freudianische Konfliktanthropologie radikalisiert, postuliert er, dass das *innere Erleben* des Menschen als grundlegend *brüchig, uneindeutig, widersprüchlich*, ja sogar *paranoid* gedacht werden muss.¹³⁷ Sowohl das Ich als auch das menschliche Wissen sind durch wahnhaftes Verstrickung und eine Dynamik der Entfremdung gekennzeichnet.¹³⁸ Jedoch können zwei Tendenzen

¹³⁵ Vgl. Mertens 2008, S. 27

¹³⁶ Vgl. Pagel 1991, S. 11–13

¹³⁷ Vgl. Mertens 2008, S. 28

¹³⁸ Vgl. Bowie 1991, S. 42

des Subjekts beschrieben werden, sodass Lacans *Menschenbild* im Anschluss an Freuds Anthropologie von einer Spannung zwischen zwei Formen des Ich geprägt ist. Ausgehend von einem *gespaltenen Subjekt* wird zwischen der Rede eines sich selbst bewussten, narzisstischen Ich („Moi“) und dem Diskurs eines unbewussten, wahren Ich („Je“) unterschieden. Um zunächst das *narzisstische Ich* näher zu erläutern, sei auf das Register des Imaginären und das Spiegelstadium verwiesen. Lacan beschreibt das *Spiegelstadium* als Beginn der illusionären Konstruktion einer machtvollen Ich-Identität. Das 6-18-monatige Kind macht im Erblicken des eigenen Spiegelbilds erstmals die Entdeckung seiner körperlichen Ganzheit, mit der es sich sogleich freudig identifiziert; dieses neu errungene Eins-Sein mit sich selbst als einem anderen ermöglicht zwar zunächst die Ausgestaltung früher Subjektivitätserfahrungen, entpuppt sich jedoch als realitätsinadäquate und entfremdende Einbildung. Daher sieht Lacan hier eine *imaginäre* Erfahrung wirksam, deren entscheidende Qualität in der Setzung einer abgeschlossenen Ich-Einheit und in der Emergenz eines Machtbewusstseins liegt und damit am Anfang eines in illusionäre Identifikationen verstrickten Lebensmodus steht. Dadurch induzierte autonomistische Phantasien werden von Lacan also radikal entmachtet, wobei insbesondere die nicht anzweifelbare selbstreflexive Gewissheit des cartesianischen „Ich denke, also bin ich“ dekonstruiert zurückbleibt. Denn eine solche Rückwendung auf das eigene Ich mündet nicht in eine Vertiefung, sondern in eine Verfehlung der Erkenntnis.¹³⁹ Dies wird in anderer Terminologie auch dadurch deutlich, dass Lacan auf die *hegelianische Denkfigur von Herr und Knecht* zurückgreift. Darin arbeitet Hegel eine Dynamik von Dominanz und Unterwerfung beim Versuch, sich selbst bewusst zu werden, heraus. Wie oben bereits erläutert, setzt Selbstbewusstsein eine Anerkennung durch den anderen voraus. So wird von Hegel das *Begehren nach Anerkennung* als *Begierde nach der Begierde des anderen* beschrieben, die einen unauflöslich scheinenden Teufelskreis in Gang setzt. Dies greift Lacan auf und postuliert ebenfalls eine besondere Dynamik des menschlichen Begehrens. Indem er nämlich ein sprechendes Subjekt in Beziehung zu anderen untersucht und die Eingebundenheit in eine Sprachgemeinschaft Verlangen vermittelt, gelangt er zum begehrenden Subjekt.¹⁴⁰ Schon Freud war von einer grundlegenden Bedürftigkeit des Menschen, einem primären Mangelerleben ausgegangen.¹⁴¹ Lacan folgt hier Freuds Linie und differenziert sie aus, indem er das *Eingebettetsein des Wunsches in die intersubjektiv konstituierte Sprachebene* herausarbeitet: Es ist der Wunsch danach, vom Mitmenschen geliebt zu werden, der die Unstillbarkeit der Wünsche – also die *Nicht-Auflösbarkeit des Begehrens* – begründet.¹⁴² Darin unterscheidet sich das Begehren vom Bedürfnis; letzteres ist grundsätzlich erfüllbar und strebt eine Situation der vollen Befriedigung an. Ein so erzieltes *bruchloses Erleben* unter

¹³⁹ Vgl. Pagel 1991, S. 23–27

¹⁴⁰ Vgl. Bowie 1991, S. 16

¹⁴¹ Vgl. Pagel 1991, S. 58

¹⁴² Vgl. Pagel 1991, S. 63

Ausblendung der tatsächlichen Unmöglichkeit einer Einheit bezeichnet Lacan als die Dimension des *Realen*, die er im Anschluss an Freuds Konzept der Wunscherfüllung als Wahrnehmungsidentität entwickelt und zusammen mit der imaginären und der symbolischen Ebene zu den *drei Registern des Psychischen* rechnet („RSI“).¹⁴³ Dagegen ist das *Begehren konstitutiv auf die Anerkennung des anderen gerichtet*, somit allein in der Differenz wirksam und symbolisch-sprachlich entfaltbar; es zeichnet den Weg über die Scheinerfüllungen des Realen und Imaginären in die symbolische Ordnung der Sprache hinein.¹⁴⁴ Dabei führen die unverfügbaren Einflussgrößen der Begierde des anderen sowie der Sprachverwobenheit des Begehrens letztlich dazu, dass das Begehren nicht befriedigt werden kann.¹⁴⁵ Aufgrund der radikalen Differenz und Unbeherrschbarkeit des anderen erweist sich die Spiegelung des Ich im anderen als frustrierender Ausbruchversuch.¹⁴⁶ Denn das auf Anerkennung gerichtete Begehren mündet hier wie im Mythos von Narziss in Gewalt, indem es vor die exklusive Alternative des Ich oder Du stellt.¹⁴⁷ Nun stellt sich die Frage nach einem Ausweg aus einer solch verfahrenen, scheinbar aporetischen Situation des Ich. Tatsächlich macht Lacan über die Eingebundenheit des Subjekts in eine Sprachgemeinschaft einen Weg aus, der neue Erfahrungshorizonte aus der narzisstischen Geschlossenheit heraus hin zum Erleben des wahren Ich erschließt. Nicht eine imaginäre Machtausübung, sondern der *Rückgriff auf die sprachlich-dialogische Ebene* im Umgang mit der tiefen Ambiguität eines Begehrens nach dem Begehren des anderen ermöglicht ein Miteinander von Ich und Du; diese Dynamik schafft einen neuen *Vermittlungsraum wechselseitiger Anerkennung kommunikativer agierender Subjekte*.¹⁴⁸

Doch nun ist die Frage zu erörtern, wie Lacan das *wahre Ich* konzipiert. Hier ist es bedeutsam zu sehen, dass sich das wahre Subjekt im *unbewussten Sprechen des Es* und gerade nicht im selbstbewussten Denken des Ich, somit im Bereich des *Symbolischen* und nicht des Imaginären manifestiert. Damit zeichnet sich dieses *Subjekt des Unbewussten* als evasiv, exzentrisch und immer nur a posteriori und spurenhafte greifbar, letztlich als *dezentriert* in Bezug auf das Bewusstsein, aus. Jedoch stellt sich das *Unbewusste* laut Lacan nicht als chaotisch, sondern als *sprachsymbolisch geordnet* dar, so dass eine Annäherung an das Unbewusste – als das, was von Lacan mit „Es spricht“ ausgemacht wird – mittels des *linguistischen Strukturalismus* Saussure'scher Prägung als gangbarer Weg erscheint.¹⁴⁹ Dabei schlägt Lacan komplexe theoretische Brücken zwischen Sprachwissenschaft und psychoana-

¹⁴³ Vgl. Pagel 1991, S. 59

¹⁴⁴ Vgl. Pagel 1991, S. 65–67

¹⁴⁵ Vgl. Pagel 1991, S. 70

¹⁴⁶ Vgl. Pagel 1991, 29, 33

¹⁴⁷ Vgl. Pagel 1991, S. 31

¹⁴⁸ Vgl. Pagel 1991, S. 68

¹⁴⁹ Vgl. Pagel 1991, S. 39–41

lytischer Anthropologie, um im Unbewussten eine quasi-sprachliche Struktur nachzuweisen; andeungsweise soll diese Operation hier anhand von zwei Beispielen veranschaulicht werden. So übernimmt er von Ferdinand de Saussure die Ideen, dass die Sprache nicht so sehr in ihrer historischen Entwicklung, sondern in ihrer Struktur zu untersuchen sei (Prinzip der Synchronie) und die Bedeutung eines sprachlichen Zeichens nicht per se gegeben sei, sondern erst durch seine vielfältigen Beziehungen zu anderen linguistischen Symbolen entstehe (Prinzip der Differenz). Auch schließt Lacan im Hinblick auf die Definition des Zeichens an die Unterscheidung von lautlich-bezeichnender Seite (Signifikant) und inhaltlich-bezeichneter Seite (Signifikat) an, wobei er das Saussure'sche Primat des Signifikates vor dem Signifikanten in sein Gegenteil verkehrt: Das *Unbewusste* wird als *nicht geschlossene Kette von aufeinander bezogenen Signifikanten* betrachtet, wobei gerade dieser Verweisungszusammenhang und nicht eine etwaige Bedeutungshaftigkeit von Signifikaten die entscheidende Rolle spielt.¹⁵⁰ Darüber hinaus hält Lacan die von Freud in der „Traumdeutung“ beschriebenen Mechanismen des Unbewussten für linguistisch ausdifferenzierbar. Laut Freud werden in der Traumarbeit Prozesse der Verschiebung und Verdichtung erkennbar,¹⁵¹ die nun Lacan zufolge mittels einer Sequenz von Signifikanten in Anschluss an Einsichten des Phonologen Roman Jakobson beschrieben werden können: Die *Verschiebung* entspricht dabei dem Stilmittel der *Metonymie* und zeichnet sich durch eine Kontiguitätsbeziehung aus, während im Falle der *Verdichtung* die *Metapher* als Ausdruck einer Ähnlichkeitsbeziehung fruchtbar gemacht werden kann. Aus solchen linguistischen Anleihen sollte deutlich werden, dass in Lacans Denken das *Unbewusste* symbolisch erschließbar und dabei *nur über das Medium der Sprache zugänglich* wird.¹⁵² Mit dieser *kulturalistischen Position* stellt sich Lacan in Opposition zum Biologismus Freuds, der das Unbewusste präverbal, instinkthaft und somit nicht kulturell konzipiert.¹⁵³ In diesem Zusammenhang wird das *Unbewusste* auch als *Diskurs des anderen* betrachtet, in dem sich das wahre Selbst ausdrückt, was wiederum auf eine *dialogische*, nicht selbstreflexive *Zugänglichkeit* des Unbewussten hinweist. Diese Art von echter Subjektivität erweist sich somit als dezentriert in Bezug auf das bewusste Erleben und dabei als verbal-kommunikativ nahbar, wobei das *ich-transzendente Potential der Sprachvermitteltheit menschlichen Daseins* der als illusionär entlarvten reflexiven Integrität des Individuums entgegengestellt wird. Denn die *sprachliche Verständigung* kann eine Alternative zur exklusivistischen Konkurrenzsituation des narzisstischen Gebarens werden und damit einen *Mediationsraum* herstellen, in dem eine *inklusive Koexistenz von sich reziprok anerkennenden Subjekten* möglich wird; sich auf diese verbindende

¹⁵⁰ Vgl. Pagel 1991, S. 45

¹⁵¹ Vgl. Freud 2015, S. 285–314

¹⁵² Vgl. Pagel 1991, S. 48–50

¹⁵³ Vgl. Bowie 1991, S. 5

Ebene einzulassen, impliziert auch eine Akzeptanz der Nicht-Aufgelöstheit der Signifikantensequenzen.¹⁵⁴ Dabei betont Lacan, dass die Ebene des Symbolischen immer nur mittels des Imaginären erreicht werden kann, weswegen – in Analogie zur Gespaltenheit des Subjekts – die *sprachliche Kommunikation ambivalent besetzt* ist; ein leeres Sprechen des ausschließenden Ich-oder-Du („parole vide“) ist von einem gehaltvollen Sprechen des Ich-und-Du („parole pleine“) abzugrenzen:¹⁵⁵

„In der Sprache ist der Mensch eingeschlossen, mit der Sprache kann er sich scheinbar über seine Existenzform hinwegsetzen. Mit der Sprache kann er überreden, ohne zu wissen, daß er dabei selbst getäuscht wird, da die Sprache ihn unter-redet. In der Sprache können Interaktion und Kommunikation gelingen, aber mit ihr kann ebenso die menschliche Praxis ideologisch verdunkelt oder logisch verfälscht werden.“ (Pagel 1991, S. 55)

Welche Konsequenzen ergeben sich nun aus diesen komplexen anthropologischen Ansichten Lacans zum gespaltenen, begehrenden Subjekt für die *Praxis der Psychoanalyse*? Zunächst übt Lacan heftige Kritik an denjenigen Richtungen der Psychoanalyse, die sich an einer Veränderung von Verhaltensmustern orientieren oder durch eine ausgewiesenen empathisch-philanthrope Therapeutenhaltung auszeichnen; diese bleiben im Bereich des Imaginären stecken, wohingegen das *Ziel* einer Therapie in der *sprachlichen Auseinandersetzung mit dem eigenen Begehren und der Begierde des anderen* zu sehen ist. Letztlich soll die Psychoanalyse die *Entfremdung des imaginären Ich aufdecken*, um *neue Ausdrucksräume eines wahren, unbewussten, Anerkennung suchenden Ich in der Sprache* zu erschließen. Freuds Vorgabe der „freischwebenden Aufmerksamkeit“ folgend, ist der Analytiker angehalten, die *Rede des Unbewussten*, den Diskurs des Anderen zu erfassen; Lacan hebt hier auf die narrative Qualität unbewusster Phänomene ab:¹⁵⁶

„Das Hören kann sich weder auf ein 'psychologisches Jenseits' noch auf ein 'Jenseits der Sprache' richten. Wohl aber auf ein Sprechen jenseits des bewußt Gesprochenen, das sich im abrupten Stocken des Redeflusses, im Versagen des Wortes, im Witz der Fehlleistungen, in der chiffrierten Sprache der Symptome und in den Bildern der Träume offenbart. [...] Denn was jenseits der unmittelbaren Begegnungen von Ich zu Ich aufgedeckt [sic!] 'gehört und verstanden werden muß', sind niemals allein unbewußte Wünsche und Phantasien, quälende Symptome oder abrupt hervorbrechende Affekte als solche. Es sind vielmehr immer schon redende Gefühle, sprechende Symptome, erzählende Phantasien und sich artikulierende Wünsche. Sie sind analog einer Sprache strukturiert und enthüllen sich als ein Diskurs mit dem Anderen.“ (Pagel 1991, S. 117)

Daher liegt die Kernaufgabe des Analytikers darin, die Scheinrede des narzisstischen Ich von den authentischen unbewussten Äußerungen des „Es spricht“ zu unterscheiden, was in Phasen imaginärer Monologe eine zurückhaltend-schweigende Position des Therapeuten als adäquate Reaktion zur Folge hat. Auf diese Weise entgeht er der Verlockung einer leeren Rede und stellt dem Patienten eine

¹⁵⁴ Vgl. Pagel 1991, S. 50–52

¹⁵⁵ Vgl. Pagel 1991, S. 55

¹⁵⁶ Vgl. Pagel 1991, 115–118, 122

ich-transzendierende Beziehung zur Verfügung, die ihn in eine andere Form des Sprechens hinüberbegleiten soll. Wenn der Analytiker allerdings eine als wahr eingeschätzte Rede vernimmt, soll er als „Zeuge“ und Antwortender auftreten, der solches Sprechen des Patienten validiert. Im echten Diskurs stellt sich Wahrheit dabei als intersubjektiv heraus. Letztlich bleibt der Patient jedoch auch in der Therapie eine Art Sklave, der im Spiegelstadium festsetzt und dem ambivalenten Potential der Sprache ausgesetzt ist: Narzisstische Herr-Knecht-Dynamik und anerkennende Öffnung für den anderen liegen eng beieinander und lassen sich nicht endgültig auflösen.¹⁵⁷ Da eine Wahrheit nicht fixierbar und eine Gewissheit nicht einfrierbar sind, muss die Analyse als ständiges Oszillieren zwischen wahren und falschem Sprechen verstanden werden.¹⁵⁸ Auch die umstrittene Variabilität der Sitzungsdauer und Analyselänge ist im Kontext von Lacans Anthropologie zu verstehen. Da zeitliche Festlegungen Herr-Knecht-Verhältnisse und imaginäre Verkennungen des anderen verstärken würden, unternimmt er den Versuch, die Zeit nicht als objektivierte Maßeinheit, sondern als intersubjektiven Raum des gegenseitigen Verstehens zu konzipieren.¹⁵⁹

„Lacans desillusionierender Umgang mit der Zeit in der Analyse dient in diesem Sinne dazu, daß die Zeit eine der psychoanalytischen Technik gemäße Funktion erfüllt: eine Dauer zu sein, in der das Subjekt das Ausstehen seiner Wahrheit in Anerkennung des Anderen erfahren mag. Dies scheint Lacan nur dann möglich, wenn diese Dauer für das Subjekt als unbegrenzt antizipiert werden kann.“ (Pagel 1991, S. 125)

Zusammenfassend kann gerade im Vergleich mit der klassischen Psychoanalyse festgehalten werden, dass sich Lacan dezidiert gegen das spätfreudianische Programm der Ausweitung des Ich auf Bereiche des Es wendet.¹⁶⁰ Stattdessen soll der symbolisch reichen Domäne des „Es spricht“ eine breitere Ausdrucksfläche eingeräumt werden, um die narzisstischen Subjektanteile zu enttarnen und für die von ihnen ausgehenden Bedrohungen sensibler zu werden.

Was folgt nun aus dieser synoptischen Darstellung für den *Umgang Lacans mit ambigen Phänomenen*? Zunächst sollte deutlich geworden sein, dass *Erfahrungen der Zerrissenheit und Widersprüchlichkeit* als *fundamental* für den Menschen und *unauflösbar* gelten, insbesondere da sich das Begehren nach dem Begehren des anderen als unstillbar erweist. Neben dieser Einordnung brüchigen Erlebens als unvermeidlich zeichnet sich Lacans Werk durch eine auffallende *Wertschätzung der Ambiguität* aus.¹⁶¹ Insbesondere die *intrapsychische Gespaltenheit zwischen narzisstischem und wahren Ich* charakterisiert den Menschen und erzeugt eine *Spannung zwischen imaginären Einheitsillusionen*, die das selbstbewusste Denken des Ichs hervorbringt, *und dem potentiellen Transzendenzraum*

¹⁵⁷ Vgl. Pagel 1991, S. 118–122

¹⁵⁸ Vgl. Pagel 1991, S. 131

¹⁵⁹ Vgl. Pagel 1991, S. 123–125

¹⁶⁰ Vgl. Freud 1961, S. 86

¹⁶¹ Vgl. Bowie 1991, 3, 6, 10

der intersubjektiven *Anerkennung* vermittelt des symbolischen Dialogs, der über das unbewusste Sprechen des Es zugänglich wird. Im Gegensatz zum psychoanalytischen Beziehungs- und Bezogenheitsparadigma wird hier allerdings nicht die Möglichkeit einer interpersonalen Stabilisierung der Persönlichkeitsstruktur stark gemacht, sondern für die *Verflüssigung einer rasch erstarrenden Integritätsdynamik* durch eine *innere Öffnung mittels Infragestellung und Widerspruch* plädiert. Lacan verteidigt Freuds Beobachtung innerer Konflikthaftigkeit nicht nur, sondern empfiehlt ausdrücklich die *Dynamik einer Ambiguierung* im Sinne einer *Aufweitung des psychischen Repertoires als bewussten Weg* zum Erleben eines *wahren Selbst*. Aus diesen Überlegungen folgt zunächst vor dem Hintergrund der Enttarnung des autonomen Ichs als Illusion die Forderung nach einer *Akzeptanz der Brüchigkeit und Uneindeutigkeit des Lebens*:

„So wird das Subjekt, vor allem das cartesianische rationale Subjekt, von Lacan rigoros dezentriert; das Gerede von einem Selbst oder von Identität sei eine narzißtische Blendung; vielmehr gelte es, sich mit der Zerrissenheit, Unvollkommenheit und Entfremdetheit unserer Existenz auseinanderzusetzen. [...] In der psychoanalytischen Aufhellung des rätselhaften und dunklen Charakters unbewußter Prozesse läßt sich deshalb auch nicht annäherungsweise Eindeutigkeit erreichen.“ (Mertens 2008, S. 28)

Darüber hinaus liegt der bedeutendste Beitrag Lacans zum Ambiguitätsdiskurs in seinem unermüdlichen Plädoyer für eine *Förderung von Ambiguität in der Therapie*. Diese Haltung manifestiert sich einerseits in der therapeutischen „Abstinenz“ des *Schweigens gegenüber narzisstischen Inszenierungen*, die dem Patienten vordergründig Halt geben, ihm aber nicht grundlegend weiterhelfen. Durch diese anti-empathische Verweigerung eines Hilfs-Ich-Angebots sollen *selbstbewusste innere Einheitsgebilde hinterfragt* werden. Andererseits ist der Therapeut dazu angehalten, den *Diskurs des anderen* in den Narrativen des Unbewussten zu *verstärken*. Beide Einstellungen tragen neben der Variabilität der Behandlungsdauer *hohe Unsicherheitspotentiale* in die Therapie, was gerade gewollt ist, um *Leerstellen* zur Entwicklung hin zum wahren Ich *offen zu halten*.

5) Zwischenfazit: Argumentationsbausteine für die zentrale These

Zusammenfassend kann im Hinblick auf den Umgang der psychodynamischen Psychotherapie mit Ambiguität festgestellt werden, dass eine Spannung zwischen einer Betonung unauflöslicher Konflikthaftigkeit und der Förderung einer relational verankerten Persönlichkeitsstruktur vorliegt. Abstrahiert ausgedrückt seien demnach als Argumentationsbausteine dieses Kapitels für die zentrale These *drei Stoßrichtungen der psychodynamischen Tradition im Umgang mit Ambiguität* festgehalten. Die Bedeutung einer Akzeptanz und Integration uneindeutigen und konflikthaften Erlebens wurde in allen hier dargestellten Richtungen herausgearbeitet, während die Förderung ambiger Er-

fahrungen vor allem in der französischen Psychoanalyse prominent vertreten wird. Allerdings betonen insbesondere die Traditionen des Strukturdefizitmodells und des Intersubjektivismus den therapeutischen Stellenwert einer eindeutig reifen Persönlichkeitsstruktur.

IV Kognitive Verhaltenstherapie: Von der kreativen Modifikation von Verhalten und Kognitionen zur Spannung zwischen Veränderung und Akzeptanz

Nach dem historisch-systematischen Abriss der tiefenpsychologischen Tradition soll die Untersuchung sich nun der zweiten großen Familie von Psychotherapien zuwenden, die meist unter dem Terminus der „*Kognitiven Verhaltenstherapie*“ (KVT) geführt wird, auch wenn sich dahinter sehr unterschiedliche Praktiken verbergen. Dabei sei dieses Kapitel von der folgenden *leitenden These* überschrieben: Die *kognitive Verhaltenstherapie* hat in ihrer pragmatisch-integrativen Entwicklung sowohl Maßnahmen zur Reduktion von Ambiguität in den Bereichen Verhalten und Kognitionen als auch Interventionen zur Verbesserung der Annahme von Ambiguität hervorgebracht, so dass mittlerweile eine *Spannung zwischen Veränderungsimpetus und Akzeptanzorientierung* festzustellen ist. Da sich in der Entwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie die Metapher der „*Welle*“ eingebürgert hat, soll dieser Begriff anfangs erläutert werden. So versteht etwa Hayes unter einer „*Welle*“ im Kontext der KVT „a set or formulation of dominant assumptions, methods, and goals, some implicit, that help organize research, theory, and practice.“ (Hayes 2004, S. 640) Es handelt sich also um eine Art *Paradigma von theoretischen und praktischen Grundannahmen*, das für die Psychotherapieverfahren innerhalb dieser Familie charakteristisch ist. In der KVT lassen sich stark vereinfacht *drei solche historisch gewachsenen Paradigmen* abgrenzen, die ich im Folgenden beschreiben möchte, wobei sich die Darstellung auf die heute in der therapeutischen Praxis relevanten Entwicklungen konzentrieren soll. Zunächst geht es dabei um die *klassische Verhaltenstherapie* (1), danach um *kognitive Therapieverfahren* (2) und schließlich um die sogenannte „*Dritte Welle*“ oder *emotionale Wende der KVT* (3). Dabei können diese drei Traditionen nur grob voneinander abgegrenzt werden und gehen fließend ineinander über, was etwa an der sozial-kognitiven Lerntheorie, dem Selbstmanagement-Ansatz oder der Rational-emotiven Verhaltenstherapie deutlich wird. Bei der Darstellung soll erneut jeweils der Fokus auf das *Menschenbild*, die *therapeutische Situation* sowie den *Umgang mit Phänomenen der Ambiguität* gerichtet werden. Abschließend steht wieder ein *Zwischenfazit* (4).

1) Klassische lerntheoretische Verhaltenstherapie: Vereindeutigende Verhaltens- und Situationsmodifikationen

Nach Vorarbeiten, die bis ins 19. Jahrhundert zurückreichen,¹⁶² wurde vor allem in den 1940er und 1950er Jahren die *klassische Verhaltenstherapie* ausgearbeitet, die auf *lerntheoretischen, empirisch gewonnenen Annahmen* beruht. Neben einer von der therapeutischen Praxis unabhängigen Entwicklungslinie aus der *experimentellen Psychologie* heraus muss die Entstehung der klinischen Verhaltenstherapie auch als *Reaktion* auf die damals empirisch wenig fundierte und teilweise stark spekulativ wirkende *Psychoanalyse* gesehen werden. So wurden hauptsächlich auf empirischer und metatheoretischer Ebene Vorwürfe gegen die analytisch arbeitende Schule und auch humanistische Methoden aufgebracht und ein psychotherapeutisches Vorgehen entworfen, das auf der Theorie der Konditionierung und anderer Konzepte der Verhaltensforschung aufbaut und direkt auf die *Modifikation des Problemverhaltens* und der *negativen Emotionen* abzielt. Dabei setzte man nicht notwendige Verknüpfungen (Kontingenzen) als einfache Erklärungen für Sachverhalte, die – wie im Falle von Freuds Interpretation der Angst des kleinen Hans – psychoanalytisch sehr komplex gedeutet wurden.¹⁶³ Innerhalb der klassischen Verhaltenstherapie lassen sich grob drei Traditionsstränge ausmachen, die verschiedene therapeutische Strategien hervorgebracht haben, die heute zur Verfügung stehen. Dabei handelt es sich um die *klassische Konditionierung*, die *operante Konditionierung* (a) und das *soziale Lernen* (b), welche im Folgenden ausführlicher beschrieben und auf ihre Herangehensweisen an psychische Ambiguität geprüft werden.

a) Klassische und operante Konditionierung

Zunächst führten *tierexperimentelle Studien* des russischen Physiologen Iwan Pawlow um 1900 zur Entdeckung der *klassischen Konditionierung*, worunter man das *Lernen durch Assoziation* versteht: Die wiederholte Verknüpfung eines angeborenen mit einem neutralen Stimulus sorgt dafür, dass der ursprünglich neutrale Reiz die natürlicherweise durch den angeborenen Reiz ausgelöste Reaktion hervorruft. Auf diese Weise entstehen *konditionierte Reaktionen*, die Pawlow als *konditionierte Reflexe* bezeichnete (formalisiert: Stimulus S → Reaktion R). Durch die damit gewonnene *Operationalisierung* des Konzepts der Assoziation machte Pavlov deutlich, wie die Beobachtung objektivierbaren Verhaltens wissenschaftlich nutzbar gemacht werden konnte.¹⁶⁴ Nachdem Wladimir Bechterew Pawlows Prinzipien erstmals klinisch im Sinne einer „*objektiven Psychologie*“ anwandte, setzte der US-amerikanische Psychiater Adolf Meyer in den ersten beiden Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts mit seinem *Konzept psychischer Erkrankungen als Störungen der Gewohnheit* – also der Anpassung an

¹⁶² Z. B. Thorndike 1898

¹⁶³ Vgl. Hayes 2004, S. 641

¹⁶⁴ Vgl. Pavlov 1927, 22, 25; Schorr 1984, 18 f.

Umweltsituationen – neue diagnostische und therapeutische Schwerpunkte. Statt einer Kategorisierung psychischer Krankheiten in unbewiesenen Diagnosesystemen plädierte er für eine *Analyse des Verhaltens als Reaktionsmuster auf die Umwelt* – also eine Differenzierung von Situation, Reaktion und Anpassung. In Anlehnung an die Pädagogik wurde die *Psychotherapie* als „Umerziehung“ und „Gewohnheitstraining“ neu gefasst und bekam durch die Konzentration auf die aktuelle Symptombelastung, den Erwerb von sozialen Fertigkeiten, die Ausrichtung auf einen konkreten Anpassungsprozess an die Umweltbedingungen sowie die aktive Rolle des Therapeuten deutlich *pragmatischere Züge* als die zeitgleich entstehende Psychoanalyse.¹⁶⁵ Meyers psychologischer Kollege John Watson legte 1913 ein Plädoyer für eine *Objektivierung der Psychologie nach dem Vorbild der exakten Naturwissenschaften* vor, die er damit begründete, dass die bis dato introspektiv arbeitende psychologische Forschung rein spekulative Ergebnisse hervorgebracht und daher keine praktischen Lösungen für die menschlichen Probleme entwickelt habe. *Gegenstand der Psychologie sei nicht das Bewusstsein, sondern objektiv beobachtbares Verhalten*, das vorherzusagen und zu kontrollieren sei.¹⁶⁶ Den Beweis dafür, dass mit objektiver Methodik tatsächlich psychologische Fragestellungen bearbeitet werden konnten, versuchte Watson anhand von Studien, die mit Pawlows bedingten Reflexen operierten, zu liefern. So erzeugte er bei dem Kleinkind Albert *konditionierte emotionale Reaktionen*, indem ihm systematisch Angstverhalten durch die Assoziation von natürlicherweise Furcht erzeugenden mit ursprünglich neutralen Stimuli angelern wurde.¹⁶⁷

Entscheidend für die *therapeutische Umsetzung dieser Forschungsergebnisse*, dass Verhalten unmittelbar beeinflussbar ist, wurde in den 1950er Jahren in Johannesburg Joseph Wolpes *Kombination des Gesetzes der reziproken Hemmung* (Gegenkonditionierung), nach dem Reize in der Lage sind, sich gegenseitig zu inhibieren, mit Edmund Jacobsons *Methode der progressiven Muskelrelaxation*: Zunächst sollte der Patient dieses Entspannungsverfahren erlernen sowie eine Hierarchie der individuellen Furcht induzierenden Reize erstellen. Durch *graduelle symbolische Exposition* – das heißt stufenweise Exposition in der Vorstellung – *gegenüber den angstausslösenden Reizen* bei jeweils *gleichzeitiger Induktion physiologischer Entspannungszustände* konnten die *Angstreaktionen ausgelöscht* werden.¹⁶⁸ Dieses Verfahren der *systematischen Desensibilisierung* zur Behandlung von Angstsymptomen, die Wolpes Ansicht nach im Zentrum von Neurosen stehen, wird auch heute noch angewandt, allerdings in einer Kombination von *Expositionsschritten in sensu und in vivo*. Weitere Konfrontationsverfahren wie eine massierte Exposition gegenüber Angst auslösenden Stimuli (Flooding) oder

¹⁶⁵ Vgl. Schorr 1984, S. 31–33

¹⁶⁶ Vgl. Watson 1913; Schorr 1984, 40 f.

¹⁶⁷ Vgl. Schorr 1984, S. 48–55

¹⁶⁸ Vgl. Wolpe 1969, 91, 100; Schorr 1984, 153 f., 190 f.

die Verknüpfung eines zu vermeidenden Reizes mit einer unangenehmen Reaktion (Aversionstherapie) basieren ebenfalls auf dem *respondenten Paradigma des Lernens*. Abgesehen von Angsterkrankungen lassen sich auch Zwangsstörungen gut durch Interventionen dieses Typs behandeln.

Neben der Entwicklung der systematischen Desensibilisierung durch Wolpe und seine Schüler wurden weitere Grundlagen der Verhaltenstherapie im Londoner Maudsley Hospital gelegt, wo in den 1950er und 1960er Jahren vor allem eine *Integration theoretischer Modelle mit der klinischen Praxis* angestrebt wurde. Dadurch erfolgte eine Steigerung der theoretischen, therapeutischen und methodischen Komplexität der frühen Verhaltenstherapie. Dies zeigt sich daran, dass Hans-Jürgen Eysenck die Lerntheorie mit der persönlichkeitspsychologischen Forschung zu verknüpfen versuchte und individuelle Unterschiede in der Konditionierbarkeit auf *angeborene Differenzen im Persönlichkeitssubstrat* zurückführte, Gwynne Jones die graduierte Exposition weiterentwickelte, indem er nicht wie Wolpe lediglich den Angst auslösenden Reiz in der Vorstellung einsetzte, sondern das Prinzip der *Stimulusgeneralisation in der Realität* anwandte, und Monte Shapiro als methodische Innovation die *kontrollierte Einzelfallstudie* einführte.¹⁶⁹ In Abgrenzung zu den damaligen psychotherapeutischen Alternativentwürfen – das heißt in erster Linie zur vorherrschenden Psychoanalyse – legte Eysenck 1960 eine *theoretische Synopsis verhaltenstherapeutischer Positionen* vor. So sah er zentrale Charakteristika und Alleinstellungsmerkmale der Verhaltenstherapie in ihrer *konzeptuellen Konsistenz* und *experimentellen, also empirischen Überprüfbarkeit*, in der Auffassung von *Symptomen als fehlangepassten konditionierten Reaktionen* im Sinne von dysfunktionalen Lernprozessen, die sich abhängig vom einzelnen Persönlichkeitsprofil interindividuell unterschiedlich ausformen, sowie in der Fokussierung der Therapie auf die *aktuelle Symptomkonstellation* selbst und der weitgehenden *Ignoranz ihres biographischen Hintergrunds* und *ihrer vermeintlich tiefer liegenden Ursachen*. Zugrundeliegende Symptom begünstigende Persönlichkeitsfaktoren wie eine emotionale Labilität wurden als nicht therapierbar eingeschätzt. Darüber hinaus fasste Eysenck die *Behandlung* als eine *Löschung dysfunktionaler konditionierter Reaktionen* und einen *Aufbau hilfreicher konditionierter Reaktionen* auf und bewertete die *therapeutische Beziehung* als relativ *unbedeutend für den Behandlungserfolg*.

170

Die zweite große Traditionslinie der klassischen Verhaltenstherapie macht das Paradigma der *operanten Konditionierung* aus, in dem das *Lernen durch die Veränderung von Verhaltenskonsequenzen* zentral ist (formalisiert: Stimulus S → Reaktion R → Konsequenz C). Als Begründer gilt der US-

¹⁶⁹ Vgl. Schorr 1984, S. 158–162

¹⁷⁰ Vgl. Eysenck 1960, S. 11; Schorr 1984, 164, 166

amerikanische Psychologe Burrhus Skinner, der 1953 verschiedene Anwendungsbereiche seiner *instrumentellen Lernstrategien* – unter anderem auf den Gebieten der Pädagogik und der Klinischen Psychologie – aufzeigte. Als *positive Verstärkung* bezeichnete er die Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, dass eine Verhaltensweise auftritt, durch die Belohnung derselben, also durch eine positive Konsequenz, während er unter *negativer Verstärkung* dasselbe Phänomen durch das Ausbleiben einer Bestrafung, also einer negativen Folge verstand. Skinner blieb dabei Erkenntnissen der Psychoanalyse gegenüber wertschätzend eingestellt; so teilte er den *intrapsychischen Determinismus*, während er in anderen Punkten alternative Erklärungsansätze für geteilte klinische Beobachtungen vorschlug, indem er etwa Veränderungen des Verhaltens nicht psychodynamisch, sondern verstärkungstheoretisch begründet sah. Beeinträchtigende emotionale Qualitäten wie Angst wurden als Begleiterscheinungen von Verhaltensmuster gewertet, das heißt *primär* entstehen *Störungen auf der Verhaltensebene*, *sekundär Störungen auf der affektiven Ebene*. Das Verhalten kann nun auf verschiedene Weise gestört werden, etwa durch inadäquate Ausübung von Kontrolle durch Erziehungsinstanzen oder durch die Assoziation neutraler Reize mit Bestrafung, was negative Affekte nach sich zieht. Typisch für jede Art von Verhaltensstörungen seien Flucht oder Vermeidung.¹⁷¹ Welche *therapeutischen Implikationen* ergeben sich aus dieser operanten Auffassung psychischer Pathologie? Skinner sah den *zentralen Wirkmechanismus* der Psychotherapie in der *Möglichkeit des Therapeuten, als verhaltensregulierende Verstärkungsinstanz zu fungieren* und auf diese Weise ganz gezielt funktionale Verhaltensweisen des Patienten aufzubauen zu helfen:

„Skinner interpretierte die Psychotherapie als eine verhaltenssteuernde Kontrollinstanz, deren Wirkung darauf beruhte, daß der Therapeut durch seine Interventionen zur maßgeblichen Verstärkungsquelle des Patienten wurde. Als wichtigstes Moment der therapeutischen Situation bezeichnete er die Aufgabe des Therapeuten, seine Rolle als ‚nichtstrafendes Publikum‘ konsequent durchzuhalten.“ (Schorr 1984: 172)

Diese Art der operanten Interventionen firmierte bald unter dem Begriff der *„Verhaltensmodifikation“*, was ein Bewusstsein von der eigenen Sonderstellung innerhalb der verhaltenstherapeutischen Bewegung zur Ausdruck bringt. Eine wichtige Anwendung fand das Verstärkungslernen im Bereich der *Sprache*. So stellte man fest, dass sich verbale Reaktionen wie z. B. rationale Sprache bei einem schizophrenen Patienten durch einfache Interventionen wie verbale oder visuelle Signalisierung von Aufmerksamkeit konditionieren, das heißt in ihrem Auftreten wahrscheinlicher machen ließen.¹⁷² In der heutigen Verhaltenstherapie werden *Techniken der Verstärkung* im Sinne eines *Shaping* vielfältig eingesetzt, zum Beispiel in der therapeutischen Gesprächsführung zur Verstärkung erwünschter Ver-

¹⁷¹ Vgl. Schorr 1984, 170 f.

¹⁷² Vgl. Ullmann et al. 1961; Schorr 1984, 186-188, 196

haltensweisen, im Verfügbarmachen und Verweigern von Belohnungen beim Vermitteln von funktionalem Essverhalten bei Anorexia nervosa oder beim Training sozialer Kompetenzen etc. Auf bestrafende Interventionen (Aversionsverfahren) wird aufgrund der möglichen ethischen Problematik deutlich seltener zurückgegriffen.

b) Soziales Lernen

In den 1960er und 1970er Jahren etablierte sich die verhaltenstherapeutische Bewegung auf dem Sektor der Psychotherapie und vollzog gleichzeitig eine *Öffnung* hin zu neuen theoretischen und praktischen Ansätzen. Als Hintergrund dieser Entwicklung ist unter anderem das Aufkommen von Zweifeln an dem genauen Wirkprinzip des Musterverfahrens der systematischen Desensibilisierung sowie an der tatsächlichen Fundierung der sich ausweitenden behavioralen Verfahren in einer womöglich bis dato nicht ausreichend komplexen Lerntheorie zu sehen. Geprägt war diese Debatte um eine Öffnung von einer Auseinandersetzung meist theoretisch ausgerichteter Forscher wie Wolpe und Eysenck, die die klassische Verhaltenstherapie vor einem Profilverlust durch eklektizistische Tendenzen bewahren wollten, mit Klinikern wie Arnold Lazarus („Breitband-Verhaltenstherapie“) oder ganzheitlich orientierten Forscher wie Frederick Kanfer, die für eine pragmatische Integration von respondenten und operanten Strategien, aber auch von neueren, vor allem *kognitiven Techniken* plädierten.

¹⁷³ Letztlich setzten sich die *integrativ vorgehenden Verfechter* einer Bewahrung alter Errungenschaften und einer Öffnung für klinisch wirksame Verfahren durch, von denen der Psychologe Albert Bandura mit der Entwicklung einer *sozial-kognitiven Lerntheorie* eine wichtige Rolle in der Vermittlung einer Koexistenz von klassischen und kognitiven Interventionen spielte. Bandura rückte das *Lernen am Modell* in den Fokus seiner Studien und stellte die These auf, dass Lernprozesse über die *reine Beobachtung des Verhaltens anderer* in ähnlicher Weise vollzogen werden können wie dies durch eigene Erfahrungen möglich ist. Dabei handele es sich um einen *symbolischen Vorgang auf kognitiver Ebene*. Die zeitliche Nähe zweier Stimulusereignisse sei keine hinreichende, sondern lediglich eine notwendige Bedingung für den Erfolg eines Lernprozesses, darüber hinaus hätten kognitive Vorgänge wie Aufmerksamkeitsregulation oder Motivation Einfluss auf den Fortschritt. Exemplarisch für Banduras Forschungen sei eine Untersuchung zu therapeutischen Veränderungen von Verhalten, Kognitionen und Emotionen bei *schlangenphobischen Patienten* genannt. Dabei wurde die Methode des *In-vivo-Modelllernens in Kombination mit anleitender Teilnahme* verwendet, bei der die Patienten nach der Beobachtung eines realen nicht phobischen Modells eigene Erfahrungen in der Konfrontation mit Schlangen unter praktischer Anleitung dieses Modells machen konnten – zum Beispiel wurde die Hand des Patienten ganz langsam über die Brücke der Hand der Hilfsperson auf die Schlange

¹⁷³ Vgl. Schorr 1984, 212-216, 234-236, 245, 253

geführt. Dieses kombinierte Verfahren führte in allen drei untersuchten Bereichen zu deutlich besseren Ergebnissen – nämlich praktisch zur vollständigen Angstausslöschung – als die systematische Desensibilisierung und das symbolische Modelllernen, die ebenfalls gute Erfolge erzielten. Darüber hinaus wurde eine *Generalisierung der Angstausslöschung* durch das teilnehmende Modelllernen auf verschiedene andere Furcht induzierende Stimuli beobachtet, was Bandura zur These der *Wirkung von Psychotherapie* durch die *Steigerung der persönlichen Selbsteffizienz* führte.¹⁷⁴ Laut Bandura wird eine nachhaltige Veränderung im Behandlungsprozess umso wahrscheinlicher, je stärker der Patient seine eigene Wirksamkeit wahrnimmt. Kognitive Prozesse wie Erwartungen und Überzeugungen seien also entscheidend verantwortlich für das Ausmaß von Verhaltensmodifikationen. Die Einschätzung der persönlichen *Selbstwirksamkeit* hänge wiederum von der *Verlässlichkeit der Erfahrungsquelle* ab. Dabei sind Selbstwirksamkeitsüberzeugungen durch folgende Methoden – in abnehmender Verlässlichkeit – beeinflussbar: durch eigene konkrete Erfahrungen, durch stellvertretende Erfahrungen, durch verbale Interventionen und durch emotional-physiologische Veränderungen:¹⁷⁵

„[E]xpectations of personal efficacy are derived from four principal sources of information: performance accomplishments, vicarious experience, verbal persuasion, and physiological states. The more dependable the experiential sources, the greater are the changes in perceived self-efficacy.” (Bandura 1977: 191)

Heute wird vor allem das *symbolische Modelllernen* – zum Beispiel in Form von Rollenspielen – etwa zum Verhaltensaufbau, Diskriminationslernen oder Selbstsicherheitstraining eingesetzt.¹⁷⁶

Wie gehen nun die Verfahren der klassischen Verhaltenstherapie mit *ambigen Phänomenen* um? Das Vorhaben „Psychotherapie“ an sich zielt hier auf *Veränderung von Verhalten* ab, die nach experimentell geprüften Standards ablaufen soll. Daher liegt in der Praxis ein klarer Fokus auf der *Beseitigung des Symptoms* und damit der *Auflösung etwaiger intrapsychischer Hin- und Hergerissenheit*, zu dem die empirische Laborforschung eine adäquate theoretische Grundlage schaffen soll:

„Faßt man Psychotherapie als einen Prozeß der gezielten Veränderung von Kognitionen, Emotionen und Verhalten auf, so liegt es nahe, auf einen lernpsychologischen Erklärungsansatz zurückzugreifen, dessen Grundthema ja die Beschreibung und Erklärung von *Verhaltensänderungen* ist. Solche einfachen, pragmatischen Überlegungen, die sich bereits zu Beginn dieses Jahrhunderts vor dem Hintergrund eines allgemeinen Optimismus bezüglich der Anpassungs- und Veränderungsfähigkeit des Menschen finden lassen, wurden durch institutionelle Gegebenheiten begünstigt.“ (Schorr 1984, S. 9)

Eine *Disambiguierung des Verhaltens und Erlebens* wird also als Hauptwirkung von Psychotherapie angenommen. Das Behandlungsziel, die durch die Symptomatik generierten ambigen Erfahrungen

¹⁷⁴ Vgl. Bandura et al. 1969, S. 173; Schorr 1984, S. 257–262

¹⁷⁵ Vgl. Bandura 1977, 191, 195; Schorr 1984, 263 f.

¹⁷⁶ Vgl. Schorr 1984, S. 263

zu eliminieren, kommt auch in der Semantik der *Extinktion* dysfunktionaler konditionierter Reaktionen und des *Neuerwerbs* funktionaler, das heißt möglichst ungebrochener Verhaltensmuster ebenso zum Ausdruck wie im Begriff der *Verhaltensmodifikation*. Psychotherapie wird hier *analog zur objektivierenden biomechanistischen Medizin positivistisch* konzipiert und aus Experimenten, die einem dazu passenden streng *empirischen Methodenideal* genügen müssen, theoretisch abgeleitet. Mit der sozialen Lerntheorie erfolgt zwar durch die Entdeckung der *Selbstwirksamkeit* als wesentlichen Wirkfaktor der Psychotherapie eine Hinwendung zur *kognitiven Ebene*, doch wird weiterhin die *Veränderung* und damit die *Reduktion von Ambiguität* als entscheidende Stoßrichtung der Behandlung gesehen.

2) Kognitive Wende der Verhaltenstherapie: Disambiguierung und Toleranz dysfunktionaler Kognitionen

In den 1960er und 1970er Jahren rückte die Bedeutung von *Sprache* und *Kognitionen* immer mehr in den Fokus der Verhaltenstherapie und stellte die einfachen behavioralen Konzepte assoziativen Lernens in Frage. Auch erwiesen sich *rein verhaltensbezogene Interventionen* für die Behandlung gewisser klinischer Störungen wie Zwangsgedanken als *inadäquat*. Die sich entwickelnde *Kognitionswissenschaft* lieferte eine *plausiblere Analyse gedanklicher und sprachlicher Prozesse* als Skinner, und die klinische Beobachtung, dass spezifische *kognitive Fehler typisch für psychische Erkrankungen* sind und damit auch als neue therapeutische Angriffspunkte dienen können, führte schließlich zur sogenannten „*kognitiven Wende*“ der *Verhaltenstherapie*. Die dabei entstehenden Interventionstechniken zielten auf die *Veränderung dysfunktionaler Überzeugungsmuster* und *fehlerhafter Informationsverarbeitungsstrategien* ab und brachten eine Form der Psychotherapie hervor, die hilfreiche Konzepte der ersten Welle – wie die *empirische Fundierung* und die *direkte Veränderung des Inhalts pathologischer Muster* („first-order change“) – integrierte und damit als „*Kognitive Verhaltenstherapie*“ den ursprünglichen Behaviorismus fast vollständig ablöste. Schließlich konnten sich die neuen Ansätze bald auf empirische Evidenz stützen.¹⁷⁷

Grundsätzlich lassen sich die kognitiv-behavioralen Therapierichtungen durch *drei allgemeine Merkmale* beschreiben. So wird angenommen, dass *kognitive Prozesse das Verhalten beeinflussen*, dass diese *kognitive Aktivität beobachtbar und veränderbar* ist und davon ausgehend *Verhaltensmodifikationen durch kognitive Veränderung* bewirkt werden können.¹⁷⁸ Neben der dominierenden Traditionslinie der Verhaltenstherapien kann in geringerem Ausmaß auch die psychodynamische Therapie

¹⁷⁷ Vgl. Hayes 2004, 642 f.; Dobson und Dozois 2010, 8, 10 f.

¹⁷⁸ Vgl. Dobson und Dozois 2010, S. 4

als Einflussgröße der kognitiven Verhaltenstherapien gelten, was vor allem an der bedeutenden Richtung der *kognitiven Umstrukturierung* deutlich wird.¹⁷⁹ Hier steht die These, dass *affektive Probleme* die *Folge dysfunktionaler Gedanken* sind, im Zentrum, was zum Therapieziel einer *Etablierung von adaptiven Denkmustern* führt. Darüber hinaus haben sich im Feld der kognitiven Verhaltenstherapien Strömungen entwickelt, die den Fokus auf die Entwicklung von *Fertigkeiten* richten, die die Bewältigung belastender Situationen unterstützen sollen; diese Coping Skills-Therapien umfassen als wichtige Vertreter Donald Meichenbaums *Selbstinstruktions- und Stressimpfungstrainings* sowie Marvin Goldfrieds Therapien zur *Stärkung der Selbstkontrolle*.¹⁸⁰ Schließlich versuchen die *Problemlösetherapien* eine Verbindung von kognitiver Umstrukturierung und Fertigkeiten-Training zu schaffen.¹⁸¹

Exemplarisch für diese „zweite Welle der Verhaltenstherapie“ sollen hier ausführlicher die besonders einflussreichen Konzepte der *Selbstmanagement-Therapie* (a) und der *Rational-emotiven Verhaltenstherapie* (b) skizziert und auf ihren Umgang mit Ambiguität hin untersucht werden.

a) Selbstmanagement-Therapie

Der integrative Ansatz der *Selbstmanagement-Therapie*, der maßgeblich auf Impulse von Frederick Kanfer zurückgeht, schließt eng an Banduras Selbstwirksamkeitskonzept an und umfasst verschiedene therapeutische Vorgehensweisen, die den Patienten anzuregen versuchen, seine *Fähigkeit zur Selbstregulation* zu entwickeln und damit in aktiv-selbstständiger Weise seine Probleme zu bewältigen:

„Selbstmanagement ist mittlerweile [...] zu einem Sammelbegriff für solche Therapieansätze geworden, die alle gemeinsam haben, dass Klienten zu besserer Selbststeuerung angeleitet und möglichst aktiv zu einer eigenständigen Problembewältigung fähig werden. Wenn dieser systematische Lern- und Veränderungsprozess erfolgreich abläuft, sind Klienten (wieder) in der Lage, ihr Leben *ohne* externe professionelle Hilfe in Einklang mit ihren Zielen zu gestalten. Diese Sichtweise ist eng verbunden mit Ansätzen der sozialen Lerntheorie, der Selbstkontrolle und Selbstregulation und der kognitiven Verhaltenstherapie“. (Kanfer et al. 2012, S. 5)

Damit kann Selbstmanagement-Therapie als eine *anstößende Behandlung* gelten, die sich als schulenübergreifend und problemlösungsorientiert versteht. Bei Kanfer et al. wird der Begriff insofern noch spezifischer gefasst, als darunter eine besondere therapeutische Haltung sowie ein sieben Phasen umfassender Behandlungsprozess fallen.¹⁸² Als höchstes Ziel der Therapie gilt ein *selbstbestimmtes Leben*. Daher liegt in der Förderung aktiver Gestaltungspotentiale und einer Vergrößerung der Entscheidungs- und Handlungsfreiheit sowie der Selbstverantwortung ein wichtiger Akzent des

¹⁷⁹ Vgl. Dobson und Dozois 2010, 7, 9

¹⁸⁰ Vgl. Dobson und Dozois 2010, S. 15–20

¹⁸¹ Vgl. Dobson und Dozois 2010, S. 11; Mahoney und Arnkoff 1978

¹⁸² Vgl. Kanfer et al. 2012, 6, 15-17. Die Selbstmanagement-Therapie wird auch als „instigation therapy“ (Kanfer et al. 2012, S. 6) bezeichnet.

Menschenbildes. Solche anthropologischen Auffassungen beschränken sich allerdings auf ein *formales Person-Modell*, das *menschliches Verhalten als Funktion dreier Determinanten* konzipiert und die Kompetenz der Selbstregulation als grundsätzlich erwerbbar ansieht. Dies soll dabei im Rahmen einer professionellen therapeutischen Beziehung erfolgen und führt zu einem realistischen Optimismus in der Therapie.¹⁸³ Die erwähnten drei Einflussgrößen bestimmen im Zusammenspiel das Verhalten. Dabei handelt es sich um die sogenannten *Alpha-Variablen* als externe, beobachtbare Umwelteinflüsse – z. B. soziokultureller, physikalischer oder behavioraler Art –, um die psychologische Ebene der *Beta-Variablen* als interne Vorgänge wie Denken oder Problemlösen und kognitive Inhalte sowie um die *Gamma-Variablen* als biologisch-physiologische Faktoren. Es wird von ständigen Interaktionen zwischen den Ebenen ausgegangen, was einem Systemdenken entspricht. Zur pragmatischen Therapieplanung wird eine relative Gewichtung der Ebenen vorgenommen, wobei sich die Beta-Variablen als selbstregulatorische Strategien von besonderer Relevanz für den Selbstmanagement-Ansatz herausstellen, vor allem wenn eine Veränderung anderer Variablen kaum möglich erscheint. In der Gesamtschau ergibt sich also ein *systemtheoretischer, biopsychosozialer Ansatz*.¹⁸⁴

Was die *therapeutische Praxis* betrifft, so steht die Wahrnehmung einer *Ist-Soll-Diskrepanz* am Beginn eines Selbstregulationsprozesses, wobei der Therapeut eine anregende Stütze zum dynamischen Problemlösen sein kann, um das Empfinden des Auseinanderklaffens zu vermindern. Mögliche Therapieziele sind in einer Veränderung der drei Variablenbereiche oder in einer verbesserten Toleranz gegenüber den als problematisch empfundenen Situationen zu sehen.¹⁸⁵ Dabei wird einerseits die Entwicklung einer *intrinsischen Motivation* für entscheidend gehalten, andererseits steht die *Ausrichtung auf positive Ziele* deutlich mehr im Fokus als die Verringerung negativer Zustände, so dass hier das lerntheoretische Prinzip der positiven Verstärkung favorisiert wird.¹⁸⁶ Für den therapeutischen Prozess wird im Gegensatz zur überwiegenden Tradition der verhaltenstherapeutischen Theorie die zentrale Bedeutung einer tragfähigen *therapeutischen Allianz* stark gemacht, so dass im Selbstmanagement-Ansatz neben dem traditionell verhaltenstherapeutischen Fokus auf *diagnostischen* und *therapeutischen Techniken* also auch die Bedeutung der Beziehungsebene anerkannt wird. Daher gilt eine Verbindung von hoher fachlicher Qualifikation und Menschenkenntnis als Ideal für den Therapeuten.¹⁸⁷ Aufgrund der *hohen Relevanz der Diagnostik für die Behandlung* wird ersterer in der Selbstmanagement-Therapie ein entscheidender Stellenwert eingeräumt. Dabei kann die hier angewandte *verhaltenstherapeutische Diagnostik* als kritische Abwendung vom klassisch-taxonomischen

¹⁸³ Vgl. Kanfer et al. 2012, 13 f.

¹⁸⁴ Vgl. Kanfer et al. 2012, S. 20–33

¹⁸⁵ Vgl. Kanfer et al. 2012, 41, 44

¹⁸⁶ Vgl. Kanfer et al. 2012, S. 57–60

¹⁸⁷ Vgl. Kanfer et al. 2012, 51 f., 82

Diagnosemodell der traditionellen Persönlichkeitspsychologie, die von einer Kontinuität von Persönlichkeitseigenschaften ausgeht, sowie vom biomedizinischen Standardmodell nosologischer Kategorisierung gesehen werden. Stattdessen wird auf das *unmittelbare Verhalten* und sein *Bedingungssystem* abgestellt und der Fokus auf eine *Zielanalyse*, eine *Problemanalyse* sowie die *Therapieplanung* gelegt. Die Diagnostik ist dabei innerhalb eines Systemmodells des Problemlösens verortbar und sehr eng auf therapeutische Konsequenzen hin ausgerichtet.¹⁸⁸ Standardisierte psychomedizinische Diagnosen können lediglich im Sinne von Konventionen eines Berufsstands zur Verständigung funktional sein; für therapeutisches Arbeiten sind *individualisierte Verhaltensanalysen* nötig, die mittels des *SOVK-Modells* die Aspekte des *Stimulus*, des *Organismus*, des *Verhaltens* sowie der *Konsequenz* unter Berücksichtigung der Alpha-, Beta- und Gamma-Variablen ausdifferenzieren. Als zentrale therapeutische Stellschraube gilt dabei die *Verhaltensdimension*, die als *Funktion eines Bedingungsgefüges* konzipiert wird. Eine *situativ-horizontale Verhaltensanalyse* auf einer Mikro-Ebene, die nach vorausgehenden und nachfolgenden Bedingungen einer Verhaltensweise mit Hilfe des SOVK-Schemas forscht, wird durch eine *kontextuell-vertikale Verhaltensanalyse* auf einer Makro-Ebene ergänzt. Letztere versucht, die kognitiven Pläne, Regeln und Ziele sowie die Systembedingungen, die einem beobachtbaren Verhalten zugrunde liegen, herauszuarbeiten und therapeutisch zu verwerten.¹⁸⁹ Zusammenfassend können sieben Prinzipien der Verhaltensdiagnostik festgehalten werden: individuelle Problemanalyse, funktionale Perspektive mit horizontaler und vertikaler Verhaltensanalyse, enge Verzahnung von Diagnostik und Therapie, Therapie als kontinuierlicher Prozess, hohe Aktivität des Klienten, sparsame Informationsgenerierung sowie Hypothesenleitung und ergebnisorientiertes Optimieren.¹⁹⁰ Schließlich seien die sieben Phasen des diagnostisch-therapeutischen Prozesses skizziert, die Kanfer et al. vorschlagen: Zunächst steht eine Eingangsphase zur Etablierung hilfreicher Ausgangsbedingungen (1), worunter etwa die Bildung einer therapeutischen Allianz fällt, bevor eine Änderungsmotivation aufgebaut und Änderungsbereiche ausgewählt werden (2). Hier wäre z. B. die Klärung von Zielen und Werten verortet. Als nächster zentraler Schritt erfolgt die Ausarbeitung von Verhaltensanalyse und funktionalem Bedingungsmodell (3), danach die Festsetzung therapeutischer Ziele (4) sowie die Planung und Realisierung bestimmter therapeutischer Methoden (5). Therapiebegleitend wird evaluiert (6), bevor abschließend der Erfolg optimiert werden und die Therapie zum Abschluss gebracht werden sollen (7).¹⁹¹

¹⁸⁸ Vgl. Kanfer et al. 2012, S. 85–87

¹⁸⁹ Vgl. Kanfer et al. 2012, 87 f., 485–490. Das SOVK-Modell wurde aus dem SORCK-Modell heraus entwickelt, das zusätzlich die Kontingenzverhältnisse berücksichtigt (vgl. Kanfer und Saslow 1965).

¹⁹⁰ Vgl. Kanfer et al. 2012, 90–95

¹⁹¹ Vgl. Kanfer et al. 2012, 111–114

Was den *Umgang mit Ambiguität* im Selbstmanagement-Ansatz betrifft, so wird eine wahrgenommene Abweichung von Ist- und Soll-Zuständen problematisiert und am Beginn eines therapeutischen Prozesses gesehen. Im Umkehrschluss gilt eine Übereinstimmung von persönlichen Zielen und tatsächlicher Lebensrealität als „Glück“, woraus sich abstrakt gefasst konsequenterweise als entscheidendes Behandlungsziel der klassisch-verhaltenstherapeutische Veränderungsimpetus der *Reduktion von Unaufgelöstheit* ergibt.¹⁹² Diese disambiguierenden Versuche werden jedoch nicht nur in Bezug auf beobachtbares Verhalten, sondern auf allen drei Variablen-Ebenen angestrebt, wobei insbesondere die *intern-psychologische Beta-Ebene* einen entscheidenden Fokus erhält. Allerdings ist darüber hinaus auch in einer erhöhten Toleranz für Diskrepanzempfindungen eine mögliche Stoßrichtung von Therapie ausmachbar, so dass der Selbstmanagement-Ansatz auch eine *Verbesserung der Ambiguitätsakzeptanz* anzuvisieren versucht.

b) Rational-emotive Verhaltenstherapie

Neben Aaron Becks *Kognitiver Therapie*¹⁹³ und Donald Meichenbaums *Stressimpfungstraining*¹⁹⁴ gilt die *Rational-emotive Verhaltenstherapie* (REBT), die erstmals bereits 1955 von Albert Ellis vorgelegt wurde, als ein besonders einflussreicher kognitiver Ansatz. Angesichts der gebotenen Kürze kann hier nur die REBT ausführlicher dargestellt werden. Die Hintergründe für die Entwicklung einer neuen Therapie sind zum einen in einer Unzufriedenheit mit der Wirksamkeit der Psychoanalyse, andererseits in Ellis' Interesse für die Philosophie – insbesondere die *Stoa* – zu sehen. So kann der REBT als Leitgedanke Epiktets bekannter Ausspruch vorangestellt werden, dass nicht die Ereignisse an sich den Menschen belasteten, sondern seine *Perspektive auf diese Ereignisse* und damit *subjektive Meinungen und Bewertungen*.¹⁹⁵ Damit geht die REBT von Ellis' These aus, dass letztlich *philosophische Faktoren grundlegender zur Genese psychischer Störungen* beitragen als psychodynamische Einflüsse.¹⁹⁶

Diese Annahme führte Ellis zu einem *Menschenbild*, in dem die *Rationalität* – verstanden als Fähigkeit, sich auf Wahrheit, Logik und die je persönlichen langfristigen Ziele auszurichten, was an Freuds Realitätsprinzip erinnert – *zentral* ist. Folglich gelten diejenigen *Annahmen und Einstellungen* als *irrational*, die *falsch oder unlogisch* sind bzw. die Menschen daran hindern, *nachhaltig ihre Ziele* anzustreben. Dies lässt schon die Bedeutung der kognitiven Ebene in der REBT erkennen, die jedoch gleichzeitig die *gegenseitige Abhängigkeit kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Prozesse*

¹⁹² Vgl. Kanfer et al. 2012, S. 68

¹⁹³ Vgl. Beck 1993

¹⁹⁴ Vgl. Meichenbaum 1977; Meichenbaum 1985

¹⁹⁵ Vgl. Epictetus 2007

¹⁹⁶ Vgl. Dryden et al. 2010, S. 226

stark macht, was am heute breit angewandten *ABC-Modell* verdeutlicht werden kann. Hier steht A („activating event“) für den Gesichtspunkt einer *Situation*, die einen *Gedanken* B („belief“) aktiviert, welcher wiederum eine *emotionale, behaviorale oder kognitive Folge* C („consequence“) auslöst. Zwar kann A dabei eine Verhaltensweise oder eine Emotion sein, die behaviorale oder affektive Konsequenzen zeitigt; dabei findet laut Ellis jedoch fast immer eine *bewusste oder auch unbewusste Vermittlung über Kognitionen* statt – es müssen also nicht immer Prozesse expliziten Lernens involviert sein, vielmehr integriert die B-Komponente auch prozedurale Informationsverarbeitungsmuster des impliziten Gedächtnisses. Was nun eine Spezifizierung dieser Kognitionen angeht, so sieht Ellis einen starken, *biologisch angelegten Drang hin zum irrationalen Denken*, das heißt einer *Aufblähung persönlicher Präferenzen in absolute Ansprüche*, die eine Rigidität im Denken und eine *psychologische Inflexibilität* nach sich zieht. Auf der anderen Seite geht die REBT von einer antithetischen Tendenz im Menschen aus, die es ihm ermöglicht, von einer *metakognitiven Ebene* aus diese Prozesse zu durchschauen und die irrationalen Muster mittels kognitiver, emotiver und behavioraler Verfahren immer wieder zu überwinden.¹⁹⁷

Aus diesen anthropologischen Prämissen leiten sich die grundlegenden Annahmen zum hier vorliegenden *rationalistisch-intellektualistischen Verständnis von psychischer Störung* ab. Die Neigung des Menschen zu absolutistischen, starren Denkformen steht im Zentrum dieser kognitivistischen Ätiologie. *Rigide Bewertungen* führen zu einer *dogmatischen Grundphilosophie*, die sich in einer Modalsemantik des „Müssens“, „Nicht-Dürfens“ und „Sollens“ in der Bewertung eigener Standards niederschlägt. Laut Ellis mündet ein solch kognitives System nicht zwangsläufig in affektiven und behavioralen Problemen, da dauerhafte Erfolgsserien auch einem sehr hohen Anspruchsniveau genügen; allerdings bleibe eine solche Person mindestens *anfällig* für eine *psychische Dekompensation*, da ständig die Möglichkeit des Scheiterns bestehe. Neben dieser – neologistisch als „musturbatorisch“ bezeichneten – Grundeinstellung sieht Ellis die verwandten kognitiven Vorgänge der *Schwarzmalerei*, der *Selbstentwertung* und einer *niedrigen Frustrationstoleranz* bei der Entstehung einer störungsprädisponierenden psychischen Gemengelage am Werk. Dabei versteht Ellis unter niedriger Frustrationstoleranz die gering ausgeprägte Fähigkeit, kurzfristige emotionale Tiefen zugunsten nachhaltiger Wertsetzungen auszuhalten:

„Such people believe that they must be comfortable; thus, they do not make changes because such work involves discomfort. They are short-range hedonists in that they are motivated to avoid short-term discomfort, even though accepting and working against their temporary uncomfortable feelings would probably help them to reach their long-range goals.” (Dryden et al. 2010)

¹⁹⁷ Vgl. Dryden et al. 2010, S. 229-231, 268 f.

Zusammenfassend werden von Ellis *zwei hauptsächliche Arten psychischer Störfaktoren* herausgearbeitet: Auf der einen Seite liegt der Fall vor, dass die Person sich selbst als Folge überhöhter Ansprüche abwertet („*ego disturbance*“), auf der anderen Seite hängt die Person der irrationalen Annahme an, dass ein Leben ohne negative Emotionen möglich sei („*discomfort disturbance*“).¹⁹⁸ Sind irrationale Denkmechanismen erst einmal etabliert, so kann eine starke Tendenz zur Aufrechterhaltung festgestellt werden, wobei die Angst vor der Angst bei Veränderung, selbst erfüllende Prophezeiungen und psychodynamische Abwehrmechanismen eine wichtige perpetuierende Funktion übernehmen.¹⁹⁹ Als Gegensatz dazu konzipiert die REBT *psychische Gesundheit* als eine *relativistische Philosophie des Wünschens*, wobei der Verzicht auf eine absolute Überhöhung der eigenen Präferenzen und Ansprüche psychische Störungen vermeiden soll. Eine solche *psychische Flexibilität*, die mit nicht kategorischen Vorlieben operiere, führe zwar ebenfalls zu negativen Emotionen wie Traurigkeit und Wut; diese seien aber als gesund einzustufen und von manifesten Störungen, die mit ungesunden negativen Affekten einhergehen, zu unterscheiden. Die Folgen einer Philosophie flexibler Wünsche sind antithetisch zu denen dogmatischer Präferenzen zu sehen. So macht sich eine psychisch flexible Person unabhängig von katastrophisierenden Einstellungen und erkennt eine fehlende Wunscherfüllung an, indem der *Mangel als ungünstig, aber nicht als schrecklich bewertet* wird. Daneben zeichnet sich eine *hohe Frustrationstoleranz* dadurch aus, dass der Versuch unternommen wird, *entweder das unerwünschte Ereignis zu verändern oder aber es zu akzeptieren* und dabei *andere Ziele* zu verfolgen, auch wenn die Situation nicht modifizierbar ist. Dabei ist eine solche annehmende Haltung fundamental von resignativen Zügen zu unterscheiden. Als Schlussfolgerung kann Ellis als die *bedeutendsten Charakteristika psychischer Flexibilität* – im Gegensatz zu „*ego disturbance*“ und „*discomfort disturbance*“ – die *Annahme seiner selbst* und eine große *Toleranz von Unannehmlichkeiten und negativen Affekten* postulieren. Darüber hinaus sieht Ellis weitere Merkmale für psychische Gesundheit, von denen hier lediglich die *Akzeptanz der Realität, der Unsicherheiten und Ambiguitäten* sowie das *Engagement für persönlich bedeutsame Projekte* erwähnt seien.²⁰⁰

Welche *therapeutischen Konsequenzen* ergeben sich nun aus diesen Überlegungen? Entsprechend der ätiopathogenetischen Schlüsselposition der rationalen Ebene kommen Strategien der *kognitiven Modifikation irrationaler Einstellungen* eine besondere Bedeutung zu. Dabei differenziert Ellis zwischen spezifischer philosophischer Veränderung, worunter die *Umwandlung dogmatischer Ansprüche in flexible Wünsche* zu verstehen ist, und allgemeiner philosophischer Veränderung, was eine *generelle Flexibilisierung der präferentiellen Grundeinstellung* dem Leben gegenüber meint. In beiden Fällen

¹⁹⁸ Vgl. Dryden et al. 2010, S. 231-234

¹⁹⁹ Vgl. Dryden et al. 2010, S. 239 f.

²⁰⁰ Vgl. Dryden et al. 2010, S. 236 f.

sind ähnliche Schritte nötig. So geht es im therapeutischen Prozess zunächst um die Anerkennung der Tatsache, dass der *Mensch* selbst in der *Hauptverantwortung für die dysfunktionalen irrationalen Einstellungen* steht, während die Umwelt nur sekundär dazu beiträgt, aber auch der Tatsache, dass der Mensch zur Veränderung dieser Störfaktoren befähigt ist. Weiter ist die Einsicht nötig, dass emotionale und behaviorale Probleme ihren Ursprung in starren irrationalen Annahmen haben, sowie die Identifikation der persönlichen maladaptiven Rigiditätskonzepte und deren Unterscheidung von rationalen Annahmen. Im nächsten Schritt kommt es darauf an, die nicht rationalen Glaubenssätze mittels logischer und empirischer Überlegungen zu hinterfragen, um daraufhin immer mehr die *alternativen rationalen Einstellungen* mit Hilfe von kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Verfahren zu *verinnerlichen*. Dabei ist davon auszugehen, dass dieser Prozess ein Leben lang immer wieder durchlaufen werden muss, da die biologische Anlage den Menschen in dogmatische Präferenzen hineinzuziehen pflegt.²⁰¹ Inwiefern *unterscheidet sich* nun die *spezialisierte REBT* von anderen *Ausprägungen kognitiv-behavioraler Therapie*? Neben der bereits erläuterten ausdrücklich *philosophischen Basis* des Konzepts psychischer Flexibilität bzw. Rigidität ist hier unter anderem der intrinsische *humanistische Hintergrund* zu nennen, vor dem der Mensch als ganzheitlicher Akteur gesehen wird, der sich in seinem *Streben nach Selbstverwirklichung* auf *Werte* und *Ziele* ausrichtet. Auch orientiert sich der therapeutische Prozess an *langfristigen, philosophischen Veränderungen*, nicht nur an rein symptomatischen Endpunkten. Das Konzept des Selbstwerts wird als immer schon bewertend problematisiert und stattdessen die Annahme seiner selbst als Ziel vorgegeben. Demgegenüber würde sich die *allgemeine REBT* nicht von der kognitiven Verhaltenstherapie unterscheiden.²⁰² Für die konkrete *klinische Anwendung* bedeutet dies, dass das intellektuelle und emotionale Verständnis im Zentrum der therapeutischen Arbeit stehen. Die *kognitive Einsicht* soll dabei *am Beginn des Transformationsprozesses* aufgebaut werden, um mittels verschiedener Verfahren zu einer *affektiven Einsicht* vorzudringen, das als stark verankerte Überzeugung von der Funktionalität rationaler Annahmen definiert wird und zu einem dementsprechend vernünftig geleiteten Denken, Fühlen und Handeln führen soll.²⁰³ Zu den einzelnen Interventionen gehören zunächst einmal *kognitive Techniken*, wobei die *sokratische Infragestellung nicht rationaler Glaubenssätze*, die der Beck'schen kognitiven Umstrukturierung nahekommt, eine zentrale Rolle einnimmt. Dabei werden zunächst die irrationalen Grundlagen der maladaptiven Emotionen und Verhaltensweisen herausgearbeitet, bevor ihr Wahrheitsgehalt und ihre Funktionalität in durchaus ironischer Weise zur Debatte gestellt werden, um zur Unterscheidung rationaler von irrationalen Glaubenssätzen zu gelangen. Auch *emotional-behaviorale Techniken* wie

²⁰¹ Vgl. Dryden et al. 2010: 240

²⁰² Vgl. Dryden et al. 2010: 242

²⁰³ Vgl. Dryden et al. 2010, S. 250

eine dynamische Inszenierung der Rolle des rationalen Selbst oder Schamexpositionsübungen wie die Konfrontation angstbesetzter, irrational unterminierter Situationen kommen zum Einsatz.²⁰⁴

Zusammenfassend kann der spezifische Beitrag der REBT zur Psychotherapie wie folgt umrissen werden, die sich selbst als ein *Schritt hin zu einer schulenübergreifenden, evidenzbasierten psychotherapeutischen Praxis* versteht:

„At a theoretical level, REBT has revealed the role of the irrational cognitive processes of demandingness, awfulizing, and LFT [low frustration tolerance] as causal mechanisms in clinical disorders, and corresponding importance of the rational cognitive processes of acceptance-based desiring, nonawfulizing, and HFT [high frustration tolerance] as health-promoting mechanisms. At a practical level, the clinical strategies introduced by REBT include (1) the use of humor and irony in cognitive restructuring, (2) the role of forceful disputation (when applicable) in cognitive restructuring, and (3) the focus on meta-emotions and meta-cognitions (called by Ellis the secondary emotions and secondary beliefs, respectively).” (Dryden et al. 2010)

Schließlich ist zu fragen, wie sich der *Umgang mit Ambiguität* in der REBT gestaltet. Hier können zunächst zwei *Dynamiken* ausgemacht werden. Auf der einen Seite bewegt sich Ellis' Entwurf ganz in der *Tradition der klassischen Verhaltenstherapie*, indem die *kognitive Veränderung irrationaler Einstellungen* als zentrale Strategie der REBT auf *kognitive, affektive und verhaltensbezogene Umstrukturierungen* und damit die *Reduktion ambiger Erfahrungen* abstellt. In dieser Hinsicht ist die REBT analog zur vereindeutigenden Modifikation pathologischen Verhaltens konzipierbar: Die *kognitive Disambiguierung* erweitert das Repertoire der Verhaltensdisambiguierung, verbleibt aber in deren Logik. Andererseits jedoch geht die REBT insofern deutlich über den bisherigen klassisch-verhaltenstherapeutischen Rahmen hinaus, als das *Erleben von negativen Emotionen und Mangel Erfahrungen* als unabdingbarer Teil des menschlichen Lebens gesehen wird, der nicht wegtherapiert werden kann, sondern *integriert* werden muss. Die anzustrebende *relativistische Philosophie* psychologischer Flexibilität führt dementsprechend auch zum Wert der *Ambiguitätsakzeptanz*, die sich in den therapeutischen Zielen der *Annahme seiner selbst* (gegen die „ego disturbance“) und der *Toleranz von Unannehmlichkeiten* (gegen die „discomfort disturbance“) expliziert. Darüber hinaus können sogar durchaus Züge einer *therapeutischen Anregung ambiger Erfahrungen* gesehen werden. So brauchen die *kognitive Infragestellung* („Disputation“) und *anschließende Umstrukturierung* Möglichkeitsräume und spannen somit neue Polaritäten auf. Auch integriert die REBT ausdrücklich ein *humanistisches Engagement für Werte* in ihr Konzept, was ebenfalls eine *Öffnung für bisher unbekannte Erlebens- und Handlungsdimensionen* voraussetzt.

²⁰⁴ Vgl. Dryden et al. 2010, S. 252-255

3) Emotionale Wende der verhaltensbezogenen und kognitiven Therapien: Integration von Achtsamkeit, Akzeptanz, werteorientiertem Engagement und Objektbeziehungen

Seit den 1990er Jahren führten Zweifel an der Auffassung, dass *direkte kognitive Veränderung hauptsächlich für die Wirksamkeit der kognitiven Therapie verantwortlich* sei, sowie ein *wissenschaftstheoretischer Wandel* weg von mechanistischen Modellen und Computermetaphern hin zu *kontextualistischen und instrumentellen Vorstellungen psychischer Vorgänge* zu *grundlegenden Veränderungen* innerhalb des Feldes der kognitiven Verhaltenstherapie. Diese Entwicklung brachte eine stark zunehmende *Tendenz* hervor, *spirituelle und wertebezogene Traditionen* in die therapeutische Praxis einzubeziehen, was unter anderem an den neuen Schwerpunkten *Achtsamkeit und Akzeptanz* deutlich wird. Auch wenn diese beiden Elemente fast in jeder der neuen Verhaltenstherapien vorkommen, gibt es kaum eine therapieübergreifende theoretische Grundlage, sondern eher eine Schnittmenge gemeinsamer Merkmale. So liegen die philosophischen Wurzeln meist mehr in einer *kontextualistischen Perspektive* als in einem mechanistischen Menschenbild. Auch ist das *praktische Vorgehen* generell eher *erfahrungsbezogen* als didaktisch und a priori theoriegeleitet. Weitere allgemeine Kennzeichen der „Dritten Welle“, die sich in der Tradition der ersten beiden Wellen versteht, sind in einer *Offenheit für die vorangegangenen klinischen Traditionen*, in einer Fokussierung auf *kontextuelle Veränderung*, in der *Betonung von second-order statt first-order change* – also der Veränderung der Funktion pathologischer Muster, nicht länger der Veränderung von Form, Frequenz und Situationsabhängigkeit pathologischer Muster – sowie im *Aufbau von flexiblen und wirkungsvollen Handlungsmöglichkeiten* zu sehen.²⁰⁵ Als Pioniere können Jon Kabat-Zinn mit der Methode der *Achtsamkeitsbasierten Stressreduktion* und Marsha Linehan mit der *Dialektisch-behavioralen Therapie* (DBT) gelten. Hier seien exemplarisch für diese „Dritte Welle“ der KVT das *Paradigma der Achtsamkeit* und die DBT (a), die *Akzeptanz- und Commitment-Therapie* (b) und die *Schematherapie* (c) herausgegriffen und auf die Frage nach dem Umgang mit Ambiguität bezogen.

a) Paradigma der Achtsamkeit und Dialektisch-Behaviorale Therapie

Die Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (MBSR) gilt als erste Standardisierung buddhistisch inspirierter mentaler Techniken in der westlichen Medizin und wurde 1979 mit der Gründung der *Stress Reduction Clinic* in Worcester, Massachusetts erstmals in ein klinisches Setting implementiert. Dabei handelte es sich um die Behandlung verschiedenster Gesundheitsprobleme wie die Bewältigung eines chronischen Schmerzes, den Umgang mit einer Krebserkrankung oder die Therapie eines Bluthochdrucks mittels eines achtwöchigen stationären Kurses in Meditationsübungen. Initiator Jon Kabat-

²⁰⁵ Vgl. Hayes 2004, 639 f., 644

Zinn definiert *Achtsamkeit* als eine *Form des Gewahrseins*, in die man dadurch gelangt, dass man *seine Aufmerksamkeit auf etwas richtet* und dabei *bewusst* vorgeht, sich *mental ins Hier und Jetzt* begibt und *keine Wertungen* vornimmt: „I define mindfulness operationally as the awareness that arises by paying attention on purpose, in the present moment, and non-judgmentally.” (Kabat-Zinn 2005, S. XXXV) Entscheidend für die *Achtsamkeitspraxis* sind darüber hinaus allerdings die *inneren Haltungen* und das Engagement gegenüber der Meditation, in der diese Einstellungen eingeübt werden.²⁰⁶ Dabei gibt es *sieben Grundhaltungen*, die die Basis des achtsamen Vorgehens darstellen: *Urteilsabstinenz, Geduld, neugierige Offenheit, Vertrauen, Nicht-Streben, Akzeptanz und Loslassen*.²⁰⁷ Daneben können eine Reihe von Tugenden in die Nähe der Stoßrichtung eines achtsamen Daseins gerückt werden, wie etwa die *Dankbarkeit* oder die *vier unermesslichen Qualitäten des Herzens* aus dem Buddhismus – die *liebende Güte*, das *Mitgefühl*, die *Mitfreude* und der *Gleichmut*.²⁰⁸ An dieser Explikation des Achtsamkeitsbegriffs kann deutlich werden, dass es sich hier nicht allein um eine besondere Weise der Aufmerksamkeitsfokussierung handelt, sondern darüber hinaus eine *ethische Dimension* impliziert wird. Anders ausgedrückt geht es um eine *Flexibilität, sämtliche Erfahrungen auf eine wertschätzende Art innerlich willkommen zu heißen*.²⁰⁹ Diese innere Ausrichtung kann nun auf ganz unterschiedliche Weise eingeübt werden, wobei MBSR *einen* möglichen Rahmen für eine explizite Achtsamkeitspraxis in Form eines Trainings in Atemmeditation, Sitzmeditation, Body Scan, achtsamem Yoga und Gehmeditation zur Verfügung stellt und sich damit in die Tradition derjenigen Weisheitslehren einreihet, die den Atem, den Körper und die Erde als drei Anker des menschlichen Erlebens betrachten. Darüber hinaus gibt es die Variation der Praxis eines achtsamen Selbstmitgefühls. Zielperspektive dabei ist stets die *Ausweitung der achtsamen Einstellung auf sämtliche Lebensvollzüge* außerhalb des formalen Übungssettings, wie auch immer diese gerade aussehen mögen.

Im Folgenden soll versucht werden, das *anthropologische Paradigma der Achtsamkeit* zu skizzieren, als bedeutende *klinische Anwendung* exemplarisch die Dialektisch-Behaviorale Therapie darzustellen und dieses neue Therapiefeld auf den *Umgang mit Ambiguität* hin zu untersuchen. Zunächst ist zu betonen, dass die Achtsamkeitstradition der *buddhistischen Psychologie*, genauer den *Vipassana-* und *Zen-Meditationstraditionen*, entstammt, die – ebenso wie die vorliegende Arbeit – von einer grundlegenden *Unmöglichkeit, die Wünsche des Menschen zu erfüllen*, ausgeht und als zentrales Ziel die

²⁰⁶ Vgl. Kabat-Zinn 2005, S. 19

²⁰⁷ Vgl. Kabat-Zinn 2005, S. 21

²⁰⁸ Vgl. Kabat-Zinn 2005, S. 30; Olendzki 2013, S. 315

²⁰⁹ Vgl. Kabat-Zinn 2005, S. 62

Verringerung des daraus entstehenden menschlichen Leidens hat; dies wird in den vier edlen Wahrheiten ausgedrückt.²¹⁰ Kabat-Zinn bekennt sich zu dieser Perspektive einer *unvermeidbaren Tragik und Ironie der menschlichen Existenz* mit der Charakterisierung des Lebens als einer „vollen Katastrophe“. ²¹¹ Weiterhin ist für das Verständnis bedeutsam, dass Achtsamkeit nicht lediglich ein Konzept oder eine Ansammlung von Techniken darstellt, sondern einen *besonderen Daseinsmodus* ausmacht, insofern das bereits erwähnte Gewahrsein einer *Weisheitspraxis* nahekommt und nicht vollständig theoretisch fassbar ist.²¹² Dabei kann MBSR als eine mögliche *Ergänzung zur medizinischen Standardbehandlung* gelten, da dem Patienten eine Art und Weise, sich um sich selbst zu kümmern, angeboten wird.²¹³ Insofern liegt in der Achtsamkeitspraxis das Potential, einen Beitrag zu einer *integrativeren und partizipatorischen Medizin* zu leisten.²¹⁴ Es wird angenommen, dass der Mensch in jedem Augenblick seines Lebens heilende Kräfte aus sich selbst heraus mobilisieren kann und dabei durch die Aufmerksamkeitslenkung auf den gegenwärtigen Moment immer wieder *Erfahrungen innerer Klarheit* machen kann:²¹⁵

„Cultivating mindfulness can lead to the discovery of deep realms of well-being, calmness, clarity, and insight within yourself. It is as if you were to come upon a new territory, previously unknown to you or only vaguely suspected, which contains a veritable wellspring of positive energy for self-understanding and healing. Moreover, it is easy to familiarize yourself with this territory and learn to inhabit it more frequently.“ (Kabat-Zinn 2005, S. LXI)

Während das Verlorengehen im Denken zu Unaufmerksamkeit und zum Modus eines Autopiloten führt,²¹⁶ kann im bewussten Gewahrsein des gegenwärtigen Augenblicks die Erfahrung gemacht werden, dass der *Mensch nicht identisch mit seinen Bewusstseinsinhalten* ist.²¹⁷ Diese *Desidentifikation*, bei der ein akzeptierendes Loslassen von Gedanken und Gefühlen intendiert wird, muss *von einer Verdrängung kognitiver oder affektiver mentaler Zustände unterschieden* werden.²¹⁸ Ebenso ist eine Körpererfahrung etwas anderes als ein Nachdenken über den Körper.²¹⁹

Eine solche Pflege achtsamer Momente kann zu einem *Erleben von Ganzheit und Verbundenheit* führen, insofern das Loslassen die Erfahrung ermöglicht, etwas Größeres als die jeweiligen Symptome zu sein.²²⁰ Diese Perspektive ist vor dem Hintergrund, dass *Gesundheit* immer mehr im Sinne einer

²¹⁰ Vgl. Kabat-Zinn 2005, 62; Olendzki 2013, S. 312

²¹¹ Vgl. Kabat-Zinn 2005: „Full Catastrophe Living“; Kabat-Zinn 2005, LIII f.

²¹² Vgl. Kabat-Zinn 2005, S. XXXV

²¹³ Vgl. Kabat-Zinn 2005, S. XLVIII

²¹⁴ Vgl. Kabat-Zinn 2005, S. 171

²¹⁵ Vgl. Kabat-Zinn 2005, S. XLIX

²¹⁶ Vgl. Kabat-Zinn 2005, 8 f.

²¹⁷ Vgl. Kabat-Zinn 2005, S. 64

²¹⁸ Vgl. Kabat-Zinn 2005, S. 66

²¹⁹ Vgl. Kabat-Zinn 2005, S. 76

²²⁰ Vgl. Kabat-Zinn 2005, S. 92

biopsychosozialen Ganzheitlichkeit und gegenseitigen Verbundenheit verschiedener Ebenen im Menschen und um den Menschen herum konzipiert wird, als bedeutender Beitrag zur Medizin zu werten. ²²¹ Gesundheit scheint – im Englischen bereits etymologisch ersichtlich (*health* und *whole*) – eng verwandt mit Ganzheit und Integration zu sein. Auch in den Begriffen „Meditation“ und „Medizin“ ist die Idee einer umfassenderen Perspektive insofern schon enthalten, als beide Termini einer indoeuropäischen Wurzel entstammen, die eine *Semantik des rechten inneren Maßes* aufspannt. ²²² Der Weg der *Heilung* soll von Isolation und Abgeschnittenheit zu Ganzheit und Kontrolle im Sinne einer Bewältigbarkeit der Krankheitssituation innerhalb eines größeren Zusammenhangs führen, wobei ein Rückgang der Symptomatik möglich ist, aber nicht immer erreicht wird. ²²³ Somit ist Heilen *etwas Anderes als Behandeln*, indem es die Möglichkeit von Erfahrungen der Ganzheit anbietet, die sich unabhängig von der Krankheit entfalten können. ²²⁴ Anders ausgedrückt wird Heilung von Kabat-Zinn gemäß der buddhistischen Tradition im Sinne einer Annahme der Realität, wie sie sich nun einmal darstellt, stark gemacht: „Acceptance means seeing things as they actually are in the present. [...] In fact, my working definition of healing is *coming to terms with things as they are*.“ (Kabat-Zinn 2005, S. 27) Eine solche *systemische Perspektive* erreicht neue Strategien für Problemlösungen, da sie eine *nicht reduktionistische Sichtweise* einführt. ²²⁵ Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die *Praxis der Achtsamkeit* in die generelle Stoßrichtung verschiedener wissenschaftlicher Befunde einreicht, indem sie durch die *Veränderung der Beziehung zur Welt* einen *psychosozialen Beitrag zur Gesundheitsförderung* zu leisten in der Lage ist. Präziser formuliert handelt es sich dabei aus neurowissenschaftlicher Sicht vermutlich in erster Linie um eine *Verbesserung selbstregulatorischer Fähigkeiten* wie der Aufmerksamkeitsregulation, der Emotionsregulation und des Selbstgefühls. ²²⁶

An dieser Stelle kann noch einmal besonders deutlich werden, dass die Pflege von *Achtsamkeit* als eine *besondere Art, in Beziehung* zum eigenen Innenleben und Körper, zu anderen Menschen und zur sonstigen Umwelt *zu treten*, gut charakterisierbar ist. ²²⁷ Dadurch werden einerseits *soziale Beziehungen* vertieft; ²²⁸ darüber hinaus kreiert das Erleben von Beziehung, das durch Achtsamkeitspraktiken verstärkt werden soll, *Sinnhorizonte*, welche für Gesundheit und Zufriedenheit äußerst relevant zu sein scheinen:

²²¹ Vgl. Kabat-Zinn 2005, S. 172

²²² Vgl. Kabat-Zinn 2005, S. 187

²²³ Vgl. Kabat-Zinn 2005, 193 f.

²²⁴ Vgl. Kabat-Zinn 2005, 199 f.

²²⁵ Vgl. Kabat-Zinn 2005, S. 183

²²⁶ Vgl. Tang et al. 2015, S. 214

²²⁷ Vgl. Kabat-Zinn 2005, S. XXXVII

²²⁸ Vgl. Kabat-Zinn 2005, S. XXXVIII

„When you feel connected to something, that connection immediately gives you a purpose for living. Relationship itself gives meaning to life. We have already seen that relationships, even relationships with pets, are protective of health. We have also seen that affiliation, meaning, and a sense of coherence are attributes of well-being. We have even said that at its core, mindfulness is about *relationality*.“ (Kabat-Zinn 2005, S. 271)

Bezeichnend für diese Perspektive ist auch die Darstellung der *vier unermesslichen Qualitäten des Herzens*, die in der buddhistischen Tradition in Analogie zur *Beziehung einer Mutter zu ihrem Kind* erfolgt, oder die Sichtweise von *Achtsamkeit* als einer *Form von Mitgefühl*.²²⁹ Überhaupt lässt sich die *buddhistische Weltanschauung* durchaus als *relational* verstehen.²³⁰ Letztlich liegt in der *spezifischen Gestaltung der unumgänglichen Bezogenheit des Menschen auf ein Gegenüber* ein wichtiger Beitrag der achtsamkeitsbasierten Therapien zur modernen Medizin. Zurecht wird diese *nicht wertende Art der Verbundenheit* mit dem jeweils individuellen Erfahrungsfeld als bedeutsame Ergänzung der Herangehensweise an stresskorrelierte Krankheitsbilder angesehen. Jedenfalls scheint eine *besondere Relationalität* als zentrale Stoßrichtung der Achtsamkeitspraxis entscheidend für integrativ verstandene Gesundheit zu sein.²³¹

Als wichtiges Beispiel für die zahlreichen *klinischen Anwendungen* des Achtsamkeitsparadigmas sei hier die *Dialektisch-behaviorale Therapie* herausgegriffen, die von Marsha Linehan als erstes Verfahren in der Tradition der Verhaltenstherapie explizit für die *Behandlung von persönlichkeitsgestörten Patienten* entwickelt wurde, in diesem Fall zunächst für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ausgangspunkt der DBT ist, dass eine jeweils ausschließlich einseitige Fokussierung auf die kognitiv-behaviorale Modifikation, aber auch auf die Annahme von psychischem Leiden keine validierende und effektive therapeutische Arbeit ermöglicht. Daher wird als grundlegendes Ziel eine *Synthese von Veränderung und Akzeptanz* gesetzt, was zur *dialektischen Erweiterung der KVT* führt.²³² Dahinter steht ein von Hegels dialektischer Methode geprägtes Weltbild, das von einer Dynamik von These, Antithese und Synthese ausgeht, wobei die DBT die grundlegende Dialektik als Spannung zwischen Akzeptanz und Veränderung versteht. So gilt hier eine *Annahme von persönlichem Leiden* als *unabdingbare Voraussetzung für Veränderung* und initiiert einen Prozess, der auf einer neuen Ebene zu einer konstruktiven, die Gegensätze ausbalancierenden *Synthese* führt:

„DBT is founded on a dialectical worldview, in which apparent opposites (thesis and antithesis) are tolerated and eventually forged into a new synthesis, in a continuous process of change and evolution [...]. The primary dialectic in DBT is between acceptance and change: To facilitate change, a client must be aware of, and able to tolerate, the pain associated with the problem, at

²²⁹ Vgl. Olendzki 2013, S. 315; Kabat-Zinn 2005, S. 261

²³⁰ Vgl. Buber 1995, S. 88

²³¹ Vgl. Kabat-Zinn 2005, S. 265

²³² Vgl. Robins et al. 2004, S. 31

least temporarily [...]. In contrast, the inability to accept problems, experiences, situations, and so forth, prohibits change.” (Fruzzetti und Erikson 2010, S. 357)

Eine solche *dialektische Spannung* wird in der DBT in der therapeutischen Beziehung und im intrapsychischen Erleben des Patienten nicht nur zugelassen, sondern sogar *gefördert*. Konkret für die *Umsetzung therapeutischer Vorgehensweisen* bedeutet der dialektische Standpunkt in erster Linie das Ziel eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Akzeptanz und Veränderung, zwischen stützenden und fordernden Interventionen, zwischen der Betonung von Grenzen und dem Hervorheben von Entwicklungsmöglichkeiten und auch eine ständige Infragestellung der Position des Therapeuten.²³³ Von der dialektischen Orientierung abgesehen stehen im Zentrum der DBT ein *biopsychosoziales Krankheitsmodell*, ein abgestuftes und an Zielhierarchien orientiertes Behandlungsmodell, eine Ausarbeitung psychischer Funktionen, die der Klient durch die Therapie erreichen soll, sowie eine Reihe von *Verfahren akzeptanzfördernder, verändernder und dialektischer Art*.²³⁴ Diese Methoden sind dabei sowohl von der *KVT* als auch von Meditationspraktiken des *Zen-Buddhismus* geprägt, wodurch zusätzlich zur *empirisch-zielorientierten verhaltenstherapeutischen Ausrichtung* eine *spirituelle Ebene* im Sinne eines Transzendenzbezugs Einzug in die Therapie hält.²³⁵ Dies wird auch daran deutlich, dass als entscheidendes Therapieziel die *Achtsamkeit* gilt, die die *wichtigste Fertigkeit* für den Patienten beim Umgang mit Stress, überbordenden Emotionen und zwischenmenschlichen Konfliktsituationen darstellt und vom Therapeuten ständig vorgelebt werden sollte. Innerhalb der Tradition von Achtsamkeitspraktiken hat die DBT besonders die Perspektive von *Achtsamkeit als einer Reihe von erlernbaren psychologischen Fertigkeiten* sowie die *Praxis radikaler Akzeptanz* spezifisch ausgeformt. Was zunächst den ersteren Aspekt eines *Skills-Trainings* betrifft, so unterscheidet die DBT verschiedene *WAS- und WIE-Fertigkeiten*:

„As a set of skills, mindfulness practice is the intentional process of observing, describing, and participating in reality nonjudgmentally, in the moment, and with effectiveness (i.e., using skillful means).” (Robins et al. 2004, 37 f.)

Hier wird in konziser Form die *Achtsamkeitspraxis* insofern *expliziert*, als die *spezifischen Tätigkeiten Beobachten, Beschreiben und Teilnehmen* (WAS-Fertigkeiten) sowie die kognitive, affektive oder behaviorale *Art und Weise der Ausführung dieser Aktivitäten – annehmend, konzentriert und wirkungsvoll* – (WIE-Fertigkeiten) benannt werden. Dabei geht die DBT davon aus, dass es in jedem Moment möglich ist, eine der drei WAS-Fertigkeiten sowie alle drei WIE-Fertigkeiten anzuwenden.²³⁶

²³³ Vgl. Bohus 2002, 64 f.

²³⁴ Vgl. Robins et al. 2004, 31 f.

²³⁵ Vgl. Bohus 2002, S. 18

²³⁶ Vgl. Fruzzetti und Erikson 2010, S. 362

Was zunächst die *WAS-Fertigkeiten* angeht, so liegt deren Ziel im *bewussten Erleben und Gestalten des Alltags*.²³⁷ Dabei bezeichnet das *Beobachten* den *Vollzug des Gewähr-Werdens*, das heißt die bewusste und selbst-bewusste Wahrnehmung der Welt. Damit eng verbunden ist die Fertigkeit der *Aufmerksamkeitslenkung*, die *Gewähr-Werden samt der Fokussierung auf einen Reiz* meint. In ähnlicher Weise beinhaltet die Kompetenz des *Beschreibens* den Vorgang einer *wertfreien Verbalisierung von Erlebnissen* und der Wahrnehmung von Objekten und Situationen. Dies impliziert bereits eine fokussierte Aufmerksamkeit, ohne die eine Beschreibung kaum möglich wäre. Als bedeutender Anwendungsbereich dieser beiden WAS-Fertigkeiten können *Wahrnehmungen und Beschreibungen primärer Emotionen* genannt werden. Primäre Emotionen sind natürliche, authentische und sozial gut mittelbare Reaktionen auf Situationen, während *sekundäre Emotionen* als *bewertende Reaktionen* auf die primären Affektausschläge begriffen werden können und typischerweise an der *Verursachung von psychischem Leid* beteiligt sind. Nun fördern die Skills Beobachten und Beschreiben den Ausdruck und die Akzeptanz primärer Emotionen und wirken dadurch der pathogenetischen Dynamik einer Vermeidung und Betäubung schmerzhafter Gefühle entgegen. Als dritte WAS-Fertigkeit hebt sich die vielfach anwendbare Haltung des *Teilnehmens* insofern vom Beobachten und Beschreiben ab, als sie weder auf eine bewusste Aufmerksamkeitsfokussierung noch auf eine verbale Beschreibung abzielt, sondern ein *Aufgehen und Sich-Verlieren in Tätigkeiten* wie musikalischen oder sportlichen Aktivitäten meint.²³⁸ Eine solche selbstverlorene Hingabe an geliebte Tätigkeiten kommt dem Erleben von *Flow* nahe und – in diesem Punkt den Skills Beobachten und Beschreiben strukturell verwandt – unterscheidet sich fundamental von automatisierten Reaktionen auf ein Autonomieverlusterleben durch überbordende Emotionen, unter dem gerade Borderline-Patienten, für die die DBT primär konzipiert wurde, häufig leiden. Eine solche Erfahrung hoher affektiv-physiologischer Anspannung führt regelhaft zu gefühlsdistanziert selbstberuhigenden, mechanisiert ablaufenden Akten von Spannungsabfuhr wie selbstverletzenden Handlungen, Essattacken, Suchtverhalten oder dissoziativen Zuständen, die allerdings lediglich kurzfristige Ersatzbefriedigungen darstellen, da sie aus der Realität herausführen und daher auf lange Frist zu einem Zustand der Frustration aufgrund einer Verhinderung der effektiven Entfaltung des persönlichen Lebensentwurfs führen. Demgegenüber manifestiert sich im *Flow* als dem Gipfel von achtsamer Teilnahme in geradezu idealer Weise der *spielerische* und gleichzeitig in der Realität *hochwirkungsvolle Ausdruck kreativer Produktivität*, die durch die *Erfüllung bedeutsamer Werte und Ziele* langfristige Zufriedenheit hervorbringt. Während dabei die Affekt-

²³⁷ Vgl. Bohus 2002, S. 78

²³⁸ Vgl. Fruzzetti und Erikson 2010, S. 362–366

vermeidungstechniken ständig greifbar sind und reflexhaft ablaufen, bleibt der Flow-Zustand *unverfügbar* und mit einem Bewusstsein seiner selbst verbunden, auch wenn dieses während der Ausführung der Tätigkeit nicht oder kaum aktualisiert wird.

Was die *WIE-Fertigkeiten* betrifft, so enthalten diese zunächst eine *urteilsfreie Perspektive*, die versucht, die Ebene subjektiver Bewertungen zu übersteigen und zu einer möglichst objektiven Beschreibung der Realität zu gelangen, da Wertzuschreibungen häufig zu dysfunktionalen, sekundären Emotionen führen.²³⁹ Darüber hinaus soll das Handeln *in konzentrierter Weise* vollzogen werden, indem eine Sache auf einmal präsent im Moment angegangen wird, sowie *wirkungsvoll* ablaufen, was eine größtmögliche Effektivität bezüglich der realen Durchsetzung der eigenen Werte und Ziele meint. Insgesamt besteht das therapeutische Ziel darin, durch das Einüben dieser Skills innerhalb und außerhalb der Behandlung die *Generalisierung einer achtsamen Haltung* zu erreichen. Dabei wird die paradoxe Erfahrung gemacht, dass umso weniger Übungscharakter der Praxis anhaftet, je mehr die Achtsamkeit im Alltag eingeübt wird.²⁴⁰ In eine therapierelevante praktische Form gegossen bilden die WAS- und WIE-Fertigkeiten des Achtsamkeitskonzeptes die Grundlage für die *vier Module des Fertigkeitentrainings*, die typischerweise in *DBT-Gruppentherapiesitzungen* vermittelt werden. Dabei handelt es sich um die Anwendung der sechs erläuterten Kompetenzen in konkreten, mehr oder weniger emotional belastenden Situationen. So werden je nach Ausprägung der Stressbelastung die Module *Innere Achtsamkeit* (leichtes Stressniveau), *Emotionsregulation* (mittleres Stressniveau) bzw. *Stresstoleranz* (hohes Stressniveau) spezifisch empfohlen. Darüber hinaus dient das Modul *Zwischenmenschliche Beziehungen* der Verbesserung sozial funktionaler Umgangsformen.²⁴¹

Eng verknüpft mit den Achtsamkeitspraktiken kommt die DBT aus einer *kontextualistischen Perspektive* heraus zum Konzept der *radikalen Akzeptanz*. Kontextualismus meint hier, dass die Entfaltung der Realität nur in Abhängigkeit einer historischen Kette sich bedingender Ereignisse denkbar ist und die *menschliche Bewertung der Wirklichkeit* als *relativ* eingestuft werden muss. Im Hinblick auf klinisches Leiden ergibt sich daraus eine *kontextuelle Ätiologie von Psychopathologie*, die psychische Symptomatologie als *verstehbare Folge ungünstiger Bedingungen* konzipiert und *nicht primär als zu beseitigendes Problem* sieht. Als adäquate Reaktion darauf schlägt die DBT die Haltung einer radikalen Akzeptanz als einer *rezeptiven, schonungslosen und nicht wertenden Offenheit* gegenüber einer sich entfaltenden und Leid zeitigenden Wirklichkeit vor, die die Komplexität der Symptomentstehung würdigt und da sein lässt:²⁴²

²³⁹ Vgl. Fruzzetti und Erikson 2010, S. 364; Bohus 2002, S. 80

²⁴⁰ Vgl. Fruzzetti und Erikson 2010, S. 364

²⁴¹ Vgl. Bohus 2002, S. 77–95

²⁴² Vgl. Robins et al. 2004, S. 38

„Radical acceptance is the fully open experience of what is, entering into reality just as it is, at this moment. Fully open acceptance is without constrictions, and without distortion, without judgment, without evaluation, and without attempts to keep an experience or to get rid of it. What is very important here is this notion of ‘without adding judgment of good and bad.’ Accepting is not necessarily evaluating positively.” (Robins et al. 2004, S. 39)

In ihrer Urteilsabstinenz unterscheidet sich die radikale Akzeptanz also von einer Art voluntaristischer Positivbewertung sämtlichen Kontingenzerlebens; darüber hinaus meint sie im Gegensatz zu einfacher Akzeptanz die *explizite Annahme schmerzhafter Lebensumstände*.²⁴³ Als typische Ersterfahrung von radikaler Akzeptanz eines schwer erträglichen Verlustes kann der *Prozess des Trauerns* gelten. Anhand dieses Falles wird schnell ersichtlich, welch *befreiendes Potential* von einer gelungenen Annahme ausgehen und wie dadurch die Selbstwirksamkeit gefördert werden kann. Auch geht die DBT davon aus, dass es durchaus möglich ist, diesen Prozess wie andere Fähigkeiten zu *erlernen* und zu *üben*.²⁴⁴

Welche Schlussfolgerungen sind aus dem Achtsamkeitsparadigma und seiner wichtigen Anwendung in der DBT für den *Umgang mit Ambiguität* zu ziehen? Zunächst liegt ein zentrales Charakteristikum der neuen Anthropologie in der Übernahme eines *buddhistischen Weltbilds*, was die *Anerkennung eines unvermeidbar ambig-tragischen Erfahrungshorizonts* nach sich zieht. Dies wird etwa in der *kontextualistischen Perspektive* der DBT deutlich, die eine hohe *Komplexität* der Entstehung psychopathologischer Symptome annimmt. Die therapeutische Reaktion auf diese „volle Katastrophe“ besteht in einem *nicht verdinglichenden Beziehungsmodus des Daseins*, der als *Achtsamkeit* bezeichnet wird. Diese neue Perspektive auf die Welt differenziert sich aus in *inneren Haltungen* wie der *Desidentifikation mit dem widersprüchlichen Erleben*, dem *gleichmütigen Loslassen des Gebrochenen* und der *radikalen Akzeptanz* als offen-rezeptiver Haltung einer *unaufgelösten Erfahrungswirklichkeit gegenüber*. Durch das Nähren einer solchen tiefen Grundlage im Inneren wird immer wieder eine Öffnung für die Einlösung des unverfügbaren Versprechens des „Anderen der Ambiguität“, von *innerer Klarheit* und *Ruhe* ermöglicht, was abstrakt ausgedrückt einer *Reduktion von Ambiguität durch die Akzeptanz der Gebrochenheit hindurch* entspricht. Auf diese Weise können gesundheitsfördernde Erfahrungen von *Ganzheit* und *Verbundenheit* erreicht werden, da *Heilung* im Gegensatz zu Behandlung gerade als *integrierende Annahme der Realität* verstanden wird. Hier wird die *aktiv-partizipatorische Rolle* des Patienten im Genesungsprozess deutlich, die nicht konträr zu den *rezeptiven Achtsamkeitshaltungen* steht und die *Selbstwirksamkeit* des Patienten fördert. Insgesamt kann Achtsamkeit als eine *besondere Art, Beziehungen mit sich selbst, anderen Menschen und der Objektwelt zu*

²⁴³ Vgl. Fruzzetti und Erikson 2010, S. 368

²⁴⁴ Vgl. Robins et al. 2004, S. 40

gestalten, verstanden werden, wodurch mittels der Schaffung von Verbunden- und Bezogenheit *Sinnhorizonte* erschlossen werden. Spezifisch in der DBT gilt die *Dialektik von Veränderung und Akzeptanz* als ausdrückliches Therapieziel, was die *Annahme von Leid* als unumgängliche *Bedingung der Möglichkeit von Veränderung* versteht. Somit liegt bereits in der Akzeptanz ein therapeutisches Potential. Die besondere Weise, Achtsamkeit als Skills zu explizieren, zeigt die technischere Perspektive der DBT im Vergleich etwa zu Kabat-Zinns Entwurf auf und deutet auf die charakteristische *Durchmischung empirischer und spiritueller Einflüsse* hin: Der *Optimismus der Lerntheorie* verbindet sich hier mit der *Anerkennung radikaler Kontingenz*. Das führt dazu, dass ein breites Spektrum von Therapieerfahrungen angestrebt werden, die die WAS-Fertigkeit des Teilnehmers als *achtsames Engagement in der Welt* und *wirkungsvolle Werterealisierung* ebenfalls umfassen wie die *Förderung der Dialektik des Therapieprozesses* und die dauernde Infragestellung des Therapeuten. *Wissenschaftstheoretisch* wird die *disambiguierende empirische Orientierung* der KVT beibehalten. Zusammenfassend steht im Achtsamkeitsparadigma also die *Akzeptanz von Ambiguität* klar im Fokus der Behandlung, wobei sich durch den Prozess einer kompromisslosen Annahme durchaus die *Erfahrung reduzierter Ambiguität* einstellen kann – allerdings auf eine unverfügbare Art und Weise und damit auf einem anderen Weg als auf dem des klassisch-verhaltenstherapeutischen Eliminationsreduktionismus. Und auch die *Förderung von Ambiguität* kann insofern ausgemacht werden, als sie sich etwa im Prozess der ständigen Dialektik des Therapieverlaufs in der DBT manifestiert.

b) Akzeptanz- und Commitment-Therapie

An das Achtsamkeitsparadigma schließt die *Akzeptanz- und Commitment-Therapie* (ACT) eng an, die maßgeblich von Steven Hayes begründet wurde und deren *anthropologisch-konzeptuelle Basis* der *funktionelle Kontextualismus* bildet: Die *sich im Zusammenspiel mit der Umgebung vollziehende Handlung* steht im Zentrum. Daraus resultieren ein ganzheitlicher Blickwinkel, eine Sensibilität für den Kontext, der einem Ereignis zugrunde liegt, ein pragmatistisches Wahrheitskriterium sowie wissenschaftliche Ziele, auf die dieses Wahrheitskriterium angewandt wird. *Psychische Prozesse* werden als *Interaktionen zwischen komplexen Organismen und historisch und kulturell geprägten Rahmenbedingungen* betrachtet, was zu einer *Ablehnung reduktionistischer Anschauungen* führt. Außerdem sind bei der Beurteilung seelischer Phänomene neben psychologischen Faktoren immer auch kontextuelle Variablen einzubeziehen. Der funktionelle Kontextualismus unterscheidet sich von den häufig in der Verhaltenstherapie vertretenen mechanistischen Grundannahmen durch eine realistische Weltanschauung ohne ontologische Implikationen, einen *holistischen*, nicht reduktionistischen *Standpunkt* sowie die Betonung der Bedeutung von *Werten* für ein sinnvolles Leben. In Anwendung auf die Analyse des Phänomenbereichs von Kognition und Sprache führen die Konzepte des funktionellen Kontextualismus zur *Bezugsrahmentheorie*: Menschliche *Kognition* und *Sprache* zeichnen sich

durch die *Fähigkeit* aus, *Ereignisse und Objekte durch Beziehungszuschreibungen zu verbinden*, die von willkürlichen sozialen Konventionen geprägt sind. In fundamentaler Weise hängen kognitive und linguistische Prozesse von Kontextbedingungen ab. So leitet der Mensch ständig Relationen zwischen Ereignissen und Worten ab, wenn er nachdenkt, spricht oder zuhört.²⁴⁵ Dabei gibt es *vielfältige Assoziationsmöglichkeiten* auf unterschiedlichen Komplexitätsebenen, die sich aus den diversen Umgebungszusammenhängen ergeben:

„Auf welche Art Objekte und Ereignisse miteinander verknüpft werden, hängt von dem Bezugsrahmen – also dem Kontext – ab. So können u. a. hierarchische Bezüge (X ist ein Teil von XY), kausale Bezüge (wenn ..., dann) oder perspektivische Bezüge (ich – du) hergestellt werden [...]. Diese gelernten Relationen können wiederum auf andere Kontexte übertragen werden, so dass sich ein relationales Netzwerk entwickelt. Die Entwicklung und Manifestation von ungünstigen Relationen kann wiederum einen negativen Einfluss auf andere Relationen haben, die sich dann in problematischen Verhaltensweisen äußern“. (Pleger et al. 2014, S. 242)

Klinische Relevanz erlangt das Phänomen des Bezugsrahmens also durch die Ausdehnung von Funktionen, die einem Vertreter miteinander verbundener Ereignisse zugeschrieben werden, auf die Funktionen eines anderen Repräsentanten, wobei eine Nähe zur klassischen Konditionierung deutlich wird. So ist es möglich, dass etwa eine Panikattacke in einem geschlossenen Raum zur Annahme führt, dass auch der Aufenthalt auf einem öffentlichen Platz eine Panikattacke auslösen könnte. Dabei sind es nicht die formalen Eigenschaften, sondern die verbalen und kognitiven Tätigkeiten, die diese Ereignisse verknüpfen. Nun sieht die ACT zahlreiche *Implikationen der Bezugsrahmentheorie für die Erklärung und Therapie von Psychopathologie*, insofern auf einer pathogenetischen Ebene die *Vermeidung* unangenehmer Gedanken, Gefühle und Erinnerungen nicht nur nicht erfolgreich sein kann, sondern sogar überaus schädlich ist, da reine Situationskontrollen wegen der vielfältigen Verknüpfungen mit Umgebungsvariablen für den Menschen nicht ausreichend sind und einen *kontraproduktiven Verdrängungsmechanismus* in Gang setzen; ebenso wenig verhindern die ständig ablaufenden *Bewertungsprozesse* einen konstruktiven Umgang mit dysfunktionalen Kognitionen oder Emotionen. Dies bedeutet für die Therapie, dass allein eine *Veränderung des kontextuellen Rahmens* sinnvoll ist, um pathologische Muster wie die Vermeidung aversiver persönlicher Erlebnisse oder die kognitive Verschmelzung mit behindernden Gedanken oder Gefühlen zu durchbrechen. Damit ist bereits die hauptsächliche Stoßrichtung des Behandlungsprozesses eingeführt, die auch den weiteren *therapeutischen Grundannahmen* von ACT zugrunde liegt. Prinzipiell wird eine *fundamentale Veränderung* für möglich gehalten, da die Therapie gerade nicht auf den Kampf gegen die erlernten Schwierigkeiten des Patienten, sondern auf den Kontext und seine persönlichen Handlungsziele abstellt. Den Herausforderungen des persönlichen Wachstums muss der Patient sich selbst stellen. Dabei geht ACT

²⁴⁵ Vgl. Hayes 2004, S. 646–649

weniger von vernünftigen und logischen Überlegungen oder der Frage nach Wahrheit und Falschheit als vom *pragmatischen Kriterium der Funktionstüchtigkeit und Zweckhaftigkeit von Projekten* aus. *Zentrales Ziel* von ACT besteht darin, einen *von der inneren Gedankenmaschine unabhängigen Standpunkt zu entwickeln*, um die inneren Erfahrungen da sein zu lassen und anzunehmen, und den Patienten dabei zu unterstützen, *trotz seinen Problemen in die Richtung des eigentlichen Zieles, nämlich seiner persönlichen Werte zu gehen*. Dabei liegt gerade in der weitgehenden Erfolglosigkeit des altbekannten Kampfes gegen die Beeinträchtigungen der Hauptgrund dafür, dass eine neue therapeutische Option vorgeschlagen wird, so dass das Angebot dieses alternativen Wegs der Akzeptanz und Wertearbeit durchaus validierend wirken sollte. Da sprachliche Prozesse als wichtige Ursache zahlreicher psychopathologischer Muster identifiziert werden, bedient sich ACT in erster Linie der *Sprache in nicht linearer Form*, was eine Konzentration auf Paradoxien, Metaphern, Narrative, Übungen und konkrete Erfahrungen meint.²⁴⁶

Was nun die spezifischen *therapeutischen Techniken* betrifft, so setzt ACT am *sprachlich-kognitiven System des Patienten* an, das häufig bereits einen dysfunktionalen Rahmen vorgibt, innerhalb dessen der Patient nach Lösungen sucht, die nicht gegriffen haben. Das konzeptuelle System selbst wird also zu Beginn in Frage gestellt. Als *zentrales Problem* gilt die *Kontrolle unerwünschter innerer Erfahrungen*: Im Gegensatz zu anderen Lebensbereichen funktioniert aufgrund der Bezugsrahmen die Strategie der bewussten und absichtlichen Kontrolle von schmerzhaften Gefühlen, Gedanken und Erinnerungen nicht.²⁴⁷ Wie oben erwähnt, nimmt die ACT bezüglich des Ursprungs psychopathologischer Phänomene an, dass viele Ausprägungen von psychischen Störungen durch eine Vermeidung innerer Erfahrungen sowie durch eine Art tyrannischer Herrschaft wörtlich gemeinter und bewertender Gedanken bedingt sind. Daraus wird bereits der *salutogenetische Charakter* von Strategien der Achtsamkeit und Akzeptanz ersichtlich, die die *psychische Flexibilität erhöhen*, indem bisher vermiedenes schmerzhaftes inneres Erleben zugelassen und destruktive Gedankenschleifen reduziert werden.²⁴⁸ Aus diesen Prämissen ergeben sich bereits die beiden Säulen der *Bezugsrahmentheorie* und der *Achtsamkeit*, zu der noch die *Werteorientierung* als drittes Fundament von ACT hinzutritt. Daraus entfalten sich *sechs zentrale therapeutische Prozesse*, die im sogenannten „Hexaflex“, einem *Sechseck der psychischen Flexibilität*, zusammengefasst werden. Dabei handelt es sich um die Elemente der *kognitiven Defusion*, der *Achtsamkeit* oder Präsenz im Hier und Jetzt, des *Beobachter-Selbst* oder Selbst-als-Kontext, der *Akzeptanz*, der *Werte* und des *engagierten Handelns*. Ein gelun-

²⁴⁶ Vgl. Hayes 2004, S. 648–652

²⁴⁷ Vgl. Hayes 2004, 653 f.

²⁴⁸ Vgl. Fruzzetti und Erikson 2010, 359 f.

genes Zusammenspiel dieser Vorgänge soll eine *psychische Flexibilität* ermöglichen, die die integrierte Fähigkeit meint, im Augenblick gegenwärtig zu sein, offen für sämtliche inneren Erlebnisse zu sein und werteorientiert zu agieren.²⁴⁹ *Kognitive Defusion* meint die *Auflösung der engen Verknüpfung von gedanklich-sprachlichen Kategorisierungen und Welterfahrungen*, was eine Distanzierung zu den eigenen kognitiven Produkten ermöglichen soll: Gedanken meinen nicht das, was sie zu bedeuten vorgeben, und können als Ereignisse in der Welt betrachtet werden, die keinen privilegierten Wahrheitsanspruch bezüglich der Dinge der Welt besitzen. Auch Techniken der *Achtsamkeit* als einer nicht wertenden Präsenz im Hier und Jetzt können als Weg zu kognitiver Defusion gesehen werden, indem sie in ähnlicher Weise für den Primat einer *möglichst unvoreingenommenen Offenheit für die Welt an sich* vor den sprachlichen Strukturierungen der Welt stehen.²⁵⁰ Darüber hinaus soll eine achtsame Grundhaltung den Patienten aus einer wenig konstruktiven Auseinandersetzung mit einer schwierigen Vergangenheit und einer schwer zu bewältigen scheinenden Zukunft heraus in eine *Orientierung an der Gegenwart* führen, die allein *effektiv gestaltbar* ist.²⁵¹ Voraussetzung dafür ist der Standpunkt eines *Beobachter-Selbst*. Schmerzhaft Gedanken und Gefühle suggerieren eine Gefahr, weshalb sie von einem sicheren Standpunkt aus konfrontiert werden müssen. Nun macht ACT in der Sprache selbst einen solchen sicheren Ort aus, indem sie die *Kontinuität der wahrnehmenden Bewusstseinsperspektive* betont und den sich ständig verändernden Bewusstseinsinhalten gegenüberstellt. Als linguistische Grundlage dieses Beobachterstandpunktes werden dabei deiktische Strukturen wie "ich", "hier" und "jetzt" gesehen, deren Konstanz ein Erfahrungswert sei.²⁵² Dieses *Selbst-als-Kontext*, wie das Beobachter-Selbst auch bezeichnet wird, kann *einem konzeptualisierten Selbst entgegengesetzt* werden, das einen von sprachlichen Bewertungen und Kategorien dominierten und kognitiv mit der Welt verschmolzenen Standpunkt meint.²⁵³ Gelingt die Einnahme einer beobachtenden Außenperspektive, kann eine unvoreingenommene Wahrnehmung aversiver Bewusstseinsinhalte die *Akzeptanz* derselben fördern. Dabei geht diese Form der Annahme widriger persönlicher Erlebnisse als Gegensatz zu Vermeidungsstrategien *über Toleranz hinaus*, insofern darunter eine *aktive und nicht wertende Aneignung der Erfahrung im Hier und Jetzt* verstanden wird. Hier ist wichtig zu sehen, dass Akzeptanz die aktive Erfahrung von Ereignissen meint, wie diese tatsächlich sind, und nicht, wie diese zu sein vorgeben. Akzeptanz beinhaltet auch eine *Exposition*, was ACT mit anderen Formen der Verhaltenstherapie verbindet. Jedoch will hier die Konfrontation nicht in erster Linie Emotionsregulationsfähigkeiten verbessern, sondern eine aktive und vollständige *Erfahrung des gegenwärtigen Moments*, ein *Nachlassen des erfolglosen Kampfes gegen die Probleme* sowie eine *Hinwendung zu*

²⁴⁹ Vgl. Pleger et al. 2014, 242 f.; Harris 2009

²⁵⁰ Vgl. Hayes 2004, S. 654

²⁵¹ Vgl. Pleger et al. 2014, S. 244

²⁵² Vgl. Hayes 2004, 654 f.

²⁵³ Vgl. Pleger et al. 2014, S. 245

den persönlichen Wertenprojekten ermöglichen.²⁵⁴ Dieser Fokus auf einer *Werteklärung und -orientierung* kann als spezifisch für ACT gelten. Werte werden dabei als *Qualitäten sich entfaltender Handlungen* konzipiert, die sich im konkreten Verhalten manifestieren, aber nicht wie Objekte besessen werden können. Sie entstehen durch die *freie Wahl von Richtungen*, in die das Leben gehen soll, und unterscheiden sich insofern von Zielen, als sie *niemals vollständig ausschöpfbar* sind; dabei ist die Klärung von konkret erreichbaren Zielen im Sinne von Zwischenetappenendpunkten auf dem Weg, den die Werte vorgeben, durchaus relevant, nur eben kategorial etwas Anderes. Auch zeichnen sich Werte dadurch aus, dass sie mit einer *bewussten Übernahme von Verantwortung* einhergehen.²⁵⁵ Diese Ausrichtung auf Werte verschiebt sprachliche Prozesse weg von Aspekten wörtlicher Wahrheit hin zu *psychologischer Bedeutung und Motivation*. Auch verleihen die Werte den anderen Techniken der Defusion und Akzeptanz einen übergeordneten Sinn, indem sie ihnen eine Richtung vorgeben. Die Klärung der persönlichen Werte soll in ein *engagiertes Handeln* münden. So versucht ACT, die *Denk-, Gefühls- und Verhaltensmuster flexibler und effektiver* zu machen, indem einerseits kognitive Defusion und Akzeptanz innerer Erfahrungen, andererseits wertekonforme Handlungsmuster gestärkt werden. Daher kann die *Dialektik von Veränderung und Akzeptanz* aus der DBT auch für die Charakterisierung der ACT herangezogen werden.²⁵⁶ Was die *praktische Anwendung* betrifft, so zeichnet sich ACT grundsätzlich durch eine diagnosenübergreifende Einsetzbarkeit aus, wobei es sowohl möglich ist, ACT in die KVT zu integrieren, als auch, den Ansatz als völlig neue Therapieoption zu sehen.²⁵⁷ Durch die Akzeptanzorientierung eignet sich ACT in besonderer Weise für den Umgang mit chronischen Beeinträchtigungen.

Schließlich bleibt zu fragen, wie sich der *Umgang mit Ambiguität* in ACT gestaltet. Deutlich geworden sein sollte bereits der stark sichtbare Rückgriff auf die kognitiv-behaviorale Tradition. Dabei ist insbesondere die *Anlehnung an die REBT* sowie *an achtsamkeitsbasierte Interventionen* zu nennen. So kann auch in ACT von einem *dialektischen Verhältnis von Akzeptanz und Veränderung ambiger Erfahrungen* ausgegangen werden. Einerseits wird die *Akzeptanz* wie in der DBT eng mit Achtsamkeitsstrategien verknüpft und als *aktiv* und *nicht wertend* konzipiert, weswegen sie über eine eher passiv verstandene Toleranz hinausgeht und *gegen die Vermeidung aversiver Erfahrungen* mit ihrem psychopathogenetischen Potential gerichtet ist. An dieser Stelle tritt eine spezifische Akzentuierung des Akzeptanzaspekts von ACT hervor, indem sich die Akzeptanz nämlich *gerade gegen den ambiguitätsbeseitigenden Kampf gegen die altbekannten Schwierigkeiten* wendet, da hier Vermeidungsrisiken durch unterkomplexe Lösungsstrategien verdächtigt werden. Auf der anderen Seite sieht ACT

²⁵⁴ Vgl. Hayes 2004, S. 656; Pleger et al. 2014, S. 243

²⁵⁵ Vgl. Pleger et al. 2014, S. 242

²⁵⁶ Vgl. Hayes 2004, 656 f.

²⁵⁷ Vgl. Pleger et al. 2014, S. 241

Veränderungspotentiale neben radikal-aktiver Akzeptanz besonders in einer *Ausrichtung auf Werte*. Hier ist ein *neuer Therapiefokus* zu würdigen, der humanistisch inspiriert ist und in seiner zentralen konzeptuellen Stellung über die REBT hinausgeht. Mittels dieser Werteorientierung wird darauf abgezielt, den eigenen Erfahrungshorizont in Richtung eines als bedeutsam erlebten Lebensprogramms zu erweitern. Damit wird zunächst *mehr Ambiguität* im Sinne der Eroberung eines unbekannten Terrains *unverfügbarer Erlebnisse erzeugt*. Der Aufbau persönlicher und individueller Beziehungssachsen zur Welt kann nicht mechanisch-kausal produziert werden, sondern verlangt eine *Öffnung für Neues* und damit immer wieder ein Verlassen altbekannter Pfade und ein Loslassen vorgefertigter Ansichten. So lässt sich die abstrahierte Schlussfolgerung ziehen, dass in ACT eine *Akzeptanz* und eine *Förderung ambigen Erlebens* im Zentrum der therapeutischen Stoßrichtungen stehen, wobei sich durch das Durcharbeiten therapeutischen Materials mittels Akzeptanz und wertebewusstem Engagement durchaus *Erfahrungen der Gebrochenheit vermindern* können.

c) Schematherapie

Jeffrey Youngs initiale *Motivation* zur Entwicklung einer neuen Behandlung, die zur *Schematherapie* wurde, war die Beobachtung, dass die *kognitive Verhaltenstherapie bei persönlichkeitsakzentuierten und persönlichkeitsgestörten Patienten* häufig *nicht den erwünschten Erfolg* brachte, da in der therapeutischen Beziehung erlebnisbedingte emotionale Reaktionen auftraten, die den Fortschritt beeinträchtigten.²⁵⁸ Daher liegen vor allem in der *verständnisorientierten Reaktivierung und Durcharbeitung affektiv geprägter Muster aus der Biographie* und in der *Beachtung spezieller Aspekte der therapeutischen Beziehung* zwei wesentliche, eher aus der psychodynamischen Tradition der *Objektbeziehungstheorie* stammende Innovationen gegenüber der KVT, wobei deren *Ziel- und Handlungsorientierung* beibehalten wird. Die hier erkennbare *integrative Ausrichtung* der Schematherapie wird darüber hinaus am Versuch deutlich, *Grawes Wirkfaktoren der therapeutischen Beziehung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, motivationalen Klärung und Problembewältigung* umzusetzen.²⁵⁹

Zentral für das *pragmatisch ausgerichtete Arbeitsmodell* sind *Schemata* und *Modi*. Den Ausgangspunkt für die Entstehung von *Schemata* bildet die Existenz menschlicher *Grundbedürfnisse*, worunter in Anlehnung an Grawe und Young die fünf Bedürfnisse nach (1) *sicherer Bindung und Verbundenheit mit anderen*, (2) *Autonomie, Selbstbehauptung und Kontrolle nach außen*, (3) *Grenzsetzung und Selbstkontrolle*, (4) *Selbstwertschutz und Selbstausdruck* sowie (5) *Spontaneität und Lust* fallen.²⁶⁰

²⁵⁸ Vgl. Young et al. 2005

²⁵⁹ Vgl. Grawe et al. 1994; Roediger 2009, S. 11, 15

²⁶⁰ Vgl. Grawe et al. 1994; Martin und Young 2010, S. 322-325; Roediger und Zarbock 2015, S. 61

Auf diese Grundannahme aufbauend wird ein *Schema* als eine abstrakte, neuronal eingeprägte *Reaktions- oder Erregungsbereitschaft* im Hintergrund konzipiert, die sich durch *repetitive Kindheitserfahrungen* gebildet hat, in denen *Grundbedürfnisse frustriert* und daher *negative Emotionen* induziert wurden; es handelt sich also um eine spezielle Form von *implizit erlernten Gedächtnisinhalten*, die in 18 bzw. 19 Erfahrungen wie emotionale Vernachlässigung oder soziale Isolation unterteilt werden können. Solange eine solche neuronale Gruppe nicht erregt wird, bleibt das Schema unsichtbar. Im *aktivierten Zustand* jedoch, der als *Modus* bezeichnet wird, tritt ein spezifisches, explizierbares *Muster von Kognitionen, Emotionen, Körpererleben und Verhalten* auf: ²⁶¹

„Während ein *Schema* nicht unmittelbar erleb- und beschreibbar ist, sondern eher eine abstrakte Bezeichnung für eine *hintergründige Erregungsbereitschaft* im Sinne eines Persönlichkeitszuges (sog. trait) darstellt, ist ein *Modus* der aktuell beschreib- bzw. erlebbare, *momentane Zustand der Persönlichkeit* (sog. state).“ (Roediger 2009, S. 43)

Kommt es nun in einer aktuellen Situation zur Reaktivierung eines Schemas, reagiert der Patient mit dysfunktionalen und rigiden *Bewältigungsstrategien*, die im Sinne der *physiologischen Stressreaktion* in Tendenzen der *Erduldung* (freeze), der *Vermeidung* (flight) und der *Überkompensation* (fight) unterteilt werden können. Daraus entwickelt sich möglicherweise ein durchgängiger Stil eines typischen Bewältigungsverhaltens. ²⁶² Wie wird nun das *Verhältnis von Schemata und Modi* genau konzipiert? Unterschiedliche Schemata sind in der Lage, sich in aktivierter Form in den gleichen Modi zu manifestieren. Im *Modus-Modell* lassen sich insgesamt 14 Modi unterscheiden und dabei vier Gruppen zuordnen: den *Kindmodi*, die das *primäre affektive Erleben des Patienten* als Folge frustrierter kindlicher Grundbedürfnisse bezeichnen, den *dysfunktionalen internalisierten Elternmodi*, die die *Lernerfahrungen mittels der primären Bezugspersonen* meinen (Verinnerlichung oder Nachahmung), den *maladaptiven Bewältigungsmodi*, die *Spannungen zwischen Kind- und Elternmodi reduzieren* sollen, und dem *integrierenden Modus des gesunden Erwachsenen*. ²⁶³ Während sich *Kindmodi* und *Innere-Eltern-Modi* auf einer *inneren Motivationsebene* befinden, sind die *Bewältigungsmodi*, die sich analog zu den Bewältigungsreaktionen auf die Schemaaktivierung in Modi der Unterordnung, der Gefühlsvermeidung bzw. Selbstberuhigung und der Überkompensation ausdifferenzieren, diejenigen *Verhaltensweisen und Emotionen*, die *primär im Kontakt mit dem Patienten sichtbar* sind und sich im Falle einer Dekompensation des Systems in Form von *psychopathologischen Symptomen* oder *Syndromen* manifestieren. ²⁶⁴ Der *Modus des gesunden Erwachsenen* nimmt insofern eine besondere Stellung innerhalb des Modells ein, als er im Gegensatz zu den anderen Modi-Kategorien nicht unwillkürlich erscheint, sondern durch einen therapeutischen Arbeitsprozess vermittelt wird und einen

²⁶¹ Vgl. Roediger 2009, S. 18, 29, 43

²⁶² Vgl. Roediger 2009, S. 30, 36 f.

²⁶³ Vgl. Roediger 2009, S. 45

²⁶⁴ Vgl. Roediger 2009, S. 48, 55; Roediger und Zarbock 2015, S. 63

selbstreflexiven Standpunkt, eine Flexibilität im Handeln je nach selbstbestimmten Werten sowie einen selbstinstruktiven neuropsychotherapeutischen Umlernvorgang beinhaltet. Dies wirkt sich dann in einer *achtsamen Wahrnehmung und Beruhigung der Kindmodi* sowie einer *Reevaluation der Innere-Eltern-Modi* aus, was auch als *Modus des glücklichen Kindes* bezeichnet wird.²⁶⁵

Wie schon erwähnt spielt die *therapeutische Beziehung* eine besondere Rolle in der Schematherapie. Hier dient zunächst als gemeinsamer Bezugspunkt die *dialogisch ausgearbeitete Fallkonzeption*, die als *individuelle Moduslandkarte* in das relativ stark strukturierte Grundmodell der Modi eingepasst wird. Um Persönlichkeitsstörungen, die sich typischerweise als Störungen zwischenmenschlicher Interaktionen manifestieren, effektiv behandeln zu können, arbeitet die Schematherapie mit der therapeutischen Beziehung selbst und versucht, die *dysfunktionalen Beziehungsmuster in der Behandlung zu analysieren und zu verändern*. Grundsätzlich soll der Therapeut die *pädagogische Haltung* einer *begrenzten elterlichen Fürsorge* in Kombination mit einer *empathischen Konfrontation* im Sinne einer unterstützenden und annehmenden, aber auch Grenzen setzenden und behutsam fordernden Beziehungsgestaltung einnehmen. Dies soll dem Patienten *nachträglich korrigierende Affekterfahrungen* in Bezug auf seine Grundbedürfnisse ermöglichen, aber auch nach ausreichender Stabilisierung zur *Aktivierung der eigenen Ressourcen* für die Bewältigung der Lernaufgaben bewegen. Darüber hinaus soll durch einen Rückbezug des therapeutisch Erlebten auf die Fallkonzeption eine *Steigerung der Mentalisierungsfähigkeit* erreicht werden. Für diese komplexe Beziehungsgestaltung ist eine wichtige Voraussetzung von Seiten des Therapeuten in einem sicheren Wissen um persönliche Schemata und aktivierte Modi zu sehen.²⁶⁶ Neben dieser Akzentuierung der therapeutischen Beziehung legt die Schematherapie auch Wert auf eine *stark strukturierte Methodik*. Dabei lassen sich im Einzelnen *emotionsaktivierende, kognitive und verhaltensverändernde Verfahren* unterscheiden, wobei vor allem die erlebnisaktivierenden *Imaginationsübungen* und *Stuhldialoge* die KVT entscheidend erweitern. Die hypnotherapeutisch inspirierte *Imagination* verbindet eine emotional belastende interpersonelle Aktuelsituation mit einer Szene in der Kindheit, in der die gleichen Affekte im Kontakt mit den Bezugspersonen ausgelöst wurden. In einer solchen *kontrollierten Exposition* besteht die Möglichkeit, nach der Evokation der Situation in sensu verändernd einzugreifen, indem die frustrierten Bedürfnisse und Wünsche verbalisiert und auf diesem Wege die Situation *mit einer alternativen Erfahrung überschrieben* wird („imagery rescripting“). Mehr auf einer intrapersonellen Ebene setzen die der Gestalttherapie und dem Psychodrama entlehnten *Stuhldialoge* an. Dabei wird es durch die räumliche Inszenierung der Moduslandkarte auf unterschiedlichen Stühlen möglich, die *Perspektive*

²⁶⁵ Vgl. Roediger 2009, S. 56 f.; Roediger und Zarbock 2015, S. 62

²⁶⁶ Vgl. Roediger 2009, S. 59-66; Roediger und Zarbock 2015, S. 63-67

der einzelnen Modi einzunehmen und dabei *innovative Lösungswege* auszutesten, wobei sich post-therapeutisch daran innere Dialoge anschließen können. Am Ende münden beide Interventionen in eine Synopsis in Form von *Verhaltensregeln für zukünftige Situationen der Schemaaktivierung*, so dass in den erlebnisfokussierenden Verfahren nicht nur eine Problemaktualisierung und -klärung erreicht werden soll, sondern auch auf Grawes weiteren Wirkfaktor der Problembewältigung abgezielt wird.²⁶⁷ Darüber hinaus werden klassische *kognitive Methoden* in abgewandelter Form wie das Schema-Memo oder Selbstinstruktionen eingesetzt, die dazu dienen sollen, das emotional oder in der therapeutischen Beziehung Erlernte kognitiv zu festigen. Schließlich greift die Schematherapie auf bewährte *behaviorale Verfahren* wie Verhaltensexperimente, Hausaufgaben, Rollenspiele oder Tagebuch zurück, um die *neu erarbeiteten Verhaltensweisen zu üben* und damit wiederum zu konsolidieren.²⁶⁸ Ziel des therapeutischen Prozesses ist es, eine *neue parallele Handlungsregulation* – im Gegensatz zu Sachsens doppelter Handlungsregulation – zu entwickeln. Dazu ist es notwendig, die *Aktivierung der eigenen Schemata achtsam wahrzunehmen*, die *automatisierten Bewältigungsmodi in kontrolliert eingesetzte Alternativhandlungen umzulenken* und systematisch funktionale Verhaltensmuster im selbstreflexiven Modus des gesunden Erwachsenen zu entfalten. Auch ist es für diese neue Strategie sinnvoll, *Methoden der Akzeptanz* zu integrieren, gerade im Falle sehr tief eingebrannter Schemata. Daher geht es in der Schematherapie ähnlich wie in DBT und ACT um eine *ausgewogene Kombination von Veränderung und Akzeptanz*.²⁶⁹

Was folgt aus diesem integrativen Konzept nun für den *Umgang mit Ambiguität*? Ein Schwerpunkt der schematherapeutischen Ausrichtung liegt sicherlich – ähnlich wie im Strukturdefizitmodell der Psychoanalyse – im Ziel einer *Nachreifung brüchiger Persönlichkeitsmerkmale*, die eine *Emanzipation aus verstrickten Schemata* ermöglichen soll. Insofern die ubiquitär anzutreffenden Schemata gerade aus *unaufgelösten interpersonellen Situationen* hervorgehen, wird auch hier eine *unumgängliche Konflikthaftigkeit* angenommen. Konsequenterweise finden sich daher in der Schematherapie Strategien des *achtsamen Erkennens der aktivierten Schemata*, der *Reinszenierung ambivalenter Erfahrungen* sowie der *Annahme kaum veränderbarer Schemata*, sodass hier – ebenso wie in anderen Ansätzen der Dritten Welle der KVT – die *Bereitschaft zur Konfrontation mit der Unaufgelöstheit* und die *Akzeptanz ambigen Erlebens* verstärkt werden soll. Andererseits jedoch bleibt die Schematherapie insofern ganz den *positivistischen Wurzeln* der verhaltenstherapeutischen Tradition und auch der Objektbeziehungstheorie treu, als *disambiguierende Veränderungspotentiale* hin zu einer stabileren Persönlichkeitsstruktur angenommen werden. Ziel dabei ist die stärkere Präsenz des *Modus des gesunden*

²⁶⁷ Vgl. Roediger 2009, S. 70-79; Roediger und Zarbock 2015, S. 66

²⁶⁸ Vgl. Roediger 2009, S. 83-88

²⁶⁹ Vgl. Roediger 2009, S. 91 f.

Erwachsenen, für den Selbstreflexivität, *bewusstes Neulernen* sowie *wertekonforme Lebensgestaltung* charakteristisch sind. Letztere Stoßrichtung verweist auf die kreative *Förderung ambiger Erfahrungen*. Indem sich dieser reife Modus gerade durch ein *hohes integratives Potential* auszeichnet, verfügt er also über ein *ausgewogenes Repertoire an ambiguitätsannehmenden, ambiguitätsausweitenden und ambiguitätsreduzierenden Strategien*.

4) Zwischenfazit: Argumentationsbausteine für die zentrale These

Für die zentrale These kann als Fazit dieser Überlegungen zum Umgang der kognitiven Verhaltenstherapie mit Ambiguität die Schlussfolgerung festgehalten werden, dass diese Therapietradition in ihrer pragmatisch-integrativen Entwicklung sowohl Maßnahmen zur Reduktion von Ambiguität in den Bereichen Verhalten und Kognitionen als auch Interventionen zur Verbesserung der Annahme von Ambiguität hervorgebracht hat, so dass mittlerweile eine Spannung zwischen Veränderungsimpetus und Akzeptanzorientierung festzustellen ist. Zeichnet sich die klassische VT durch eine klare Option für den therapeutischen Abbau unaufgelöster Phänomene aus, wird diese Vereindeutigungsstrategie seit kognitiven Ansätzen wie der REBT oder der Selbstmanagement-Therapie zugunsten eines breiteren Spektrums erweitert. So liegt zum aktuellen Zeitpunkt der verhaltenstherapeutischen Entwicklung ein *Repertoire an ambiguitätsvermindernden und ambiguitätsannehmenden* – sowie teilweise sogar *ambiguitätsprovozierenden* – Maßnahmen vor.

V Zentrale These: Beziehungsfähigkeit als Ambiguitätsfähigkeit in psychodynamischer und kognitiv-behavioraler Psychotherapie

Nach diesen ausführlichen Darlegungen der beiden großen psychotherapeutischen Traditionen soll im Folgenden der Versuch einer Zusammenführung der gewonnenen Argumentationsbausteine in einer zentralen These unternommen werden. Dazu erfolgt zunächst eine Darstellung dieser *zentralen These* und des *Begriffsrahmens* für eine Theorie einer biopsychosozial verstandenen Medizin (1), anschließend eine ausführliche *Begründung* dieser zentralen These (2), bevor *kritische Einwände* gegen dieselbe *diskutiert* werden (3).

1) Zentrale These und Begriffsrahmen für eine psychosomatische Anthropologie

Die *zentrale These* der vorliegenden Arbeit lautet: Vor dem Hintergrund einer *relationalen Anthropologie*, innerhalb derer *Ambiguitätserfahrungen* für *unumgänglich* gehalten werden, liegt in der Entfaltung von *Beziehungsfähigkeit* als *ausgewogener Balance zwischen Resonanzsensibilität und Resonanzblockade* ein bedeutendes *Entwicklungsziel* des Menschen. Dabei trägt die *Psychotherapie* das

relationale Potential in sich, ein *Beziehungsangebot* im Sinne einer feinfühligsten Kommunikation mit *spezifischen Techniken* zu verknüpfen. In Bezug auf den *Gegenstand ambiger Erfahrungen* kann Beziehungsfähigkeit als *Zusammenspiel zweier Modi* expliziert werden, wobei stets die *individuelle Pathographie* als letzter Maßstab für eine angemessene „Dosierung“ der Modi anzusetzen ist. Einerseits sollte die Psychotherapie in Form einer *eradikativen Therapie* versuchen, *ambiguitätserzeugende, resonanzbehindernde Faktoren instrumentell-direkt zu beseitigen*. Auf der anderen Seite sollte in Form einer *integrativen Therapie* eine *bewusste Induktion von ambigem Erleben* angestrebt werden, um eine *erhöhte Akzeptanz des Unaufgelösten* anzustoßen sowie *ästhetisch-kreative Gestaltungsräume* zu schaffen. In *unterschiedlicher, aber sich annähernder Weise* gelingt es sowohl der *psychodynamischen als auch der kognitiv-behavioralen Richtung* durch ihre jeweiligen zahlreichen Weiterentwicklungen, *beide Modi in nicht-reduktionistischer Weise* zur Verfügung zu stellen, wobei verschiedene *Akzentuierungen* bestehen bleiben.

Anhand dieser zentralen These soll hier ein *Begriffsrahmen* als Beitrag zur *Theorie einer biopsychosozial verstandenen Medizin* vorgeschlagen werden. Dabei wird sich die – medizintheoretisch bis heute unterschätzte und weithin als spekulativ geltende – kulturgeschichtliche Tradition der *Romantik* und der *romantischen Medizin* als eine *wesentliche Inspirationsquelle* für die grundlegenden Termini erweisen, was eine Parallele zu von Weizsäckers Feststellung von 1937 darstellt, „wie großartig, wie wenig ausgeschöpft das Gedankengut der ärztlichen Romantik ist [...], daß gerade im Denken der Grundbegriffe die Ideen der Romantik auch die Forderungen an die künftige Medizin enthalten“. (Weizsäcker 1986, S. 545–547) ²⁷⁰ Als *zentrale Begriffe einer psychosomatischen Anthropologie* seien somit vorgelegt: die *grundlegende Bezogenheit des Menschen auf ein Gegenüber (relationale Anthropologie)*, ²⁷¹ die *unumgänglichen Ambiguitätserfahrungen*, ²⁷² das Entwicklungsziel der *Beziehungsfähigkeit als ausgewogene Balance zwischen Resonanzsensibilität und Resonanzblockade*, ²⁷³ das *relationale Potential der Psychotherapie* ²⁷⁴ und die *Explikation von Beziehungsfähigkeit als Ambiguitätsfähigkeit* in Form eines *Zusammenspiels von eradikativer und integrativer Therapie* ²⁷⁵. Welche *romantischen Aspekte* sind nun in diesen Grundbegriffen zu finden? Dabei handelt es sich insbesondere um „*verzaubernde*“, *Sinn stiftende Resonanzbeziehungen*, um die verfeinerte Pflege einer *individuellen, innerlichen Tiefendimension*, um die Bedeutsamkeit der *subjektiven Erfahrung*, des *Unbewussten*, der *Affekte* und der *Leidenschaften* sowie um den Versuch einer *Versöhnung der*

²⁷⁰ Vgl. Schiffter 2006, S. 11

²⁷¹ Vgl. II.2

²⁷² Vgl. II.3

²⁷³ Vgl. V.2.a

²⁷⁴ Vgl. V.2.b

²⁷⁵ Vgl. V.2.c

Gegensätze in Form einer *ganzheitlich-integrativen Überwindung der Dualismen* von Körper und Seele, von Vernunft und Gefühl sowie von subjektiver und objektiver Welt. Darüber hinaus findet der *Gegenstand der Ambiguität* an sich breite Berücksichtigung in der romantischen Bewegung. Schließlich geht es sowohl um eine *Wertschätzung der empirischen Wissenschaft* als auch um einen *anti-eindimensionalen Impetus der Differenzsetzung* gegen ein ausschließlich objektivistisch-mechanistisches Weltbild, so dass auch eine *Nähe zur Ästhetik* und zum *künstlerischen Ausdruck* zu verzeichnen ist.²⁷⁶

2) Begründung der zentralen These

So sollen im Folgenden die *Argumente* dargestellt werden, die die zentrale These zu begründen versuchen. Dabei sei angesichts der relational-anthropologischen Basis zunächst für das *Entwicklungsziel der Beziehungsfähigkeit* argumentiert (a), bevor das *relationale Potential der Psychotherapie* ausgelotet wird (b). Daraufhin soll für die spezifische Fragestellung der vorliegenden Arbeit *Beziehungsfähigkeit als Ambiguitätsfähigkeit* expliziert und für einen *integrativen Ansatz im Umgang mit Ambiguität* plädiert werden. Dazu werden die im Laufe des Textes gesammelten Argumentationsbausteine auf die *inhaltliche Ausdifferenzierung der Umgangsformen der Psychotherapien mit Ambiguität* bezogen. Dies soll im Hinblick auf Methoden zur *direkten Reduktion von Ambiguität* (I) sowie zur *Induktion von Ambiguität* (II) erfolgen, deren *Zusammenspiel* (III) als Ambiguitätsfähigkeit gewertet wird. (c). Abschließend seien die *Annäherungen* und *Akzentuierungsunterschiede* der beiden *Psychotherapierichtungen* zusammenfassend dargestellt (d).

a) Entwicklungsziel des Menschen: Beziehungsfähigkeit als ausgewogene Balance zwischen Resonanzsensibilität und Resonanzblockade

In Kapitel II hat sich eine *relationale Perspektive auf den Menschen* als *gut begründbar* herausgestellt. Nun ergibt sich daraus die Frage, wie vor diesem Hintergrund eine *adäquate Antwort des Menschen auf seine fundamentale Bezogenheit auf ein anderes* aussehen könnte. Ein solches Entwicklungsziel besteht, so die hier vertretene These, in der Ausbildung von *Beziehungsfähigkeit*. An dieser Stelle soll auf der Basis der *anthropologischen Überlegungen* in Kapitel II und in maßgeblicher Anlehnung an Hartmut Rosas *Resonanzkonzept* ein *integratives theoretisches Modell der Beziehungsfähigkeit* vorgeschlagen werden, das im Folgenden als *Maßstab für die Bewertung des Umgangs der Psychotherapietraditionen mit Ambiguität* dienen wird.

Mit seiner *Resonanztheorie* legt Rosa eine *soziologietheoretisch angelegte Untersuchung gelingender beziehungsweise misslingender Verhältnisse des Subjekts zur Welt*, ausdifferenziert als *Beziehungen*

²⁷⁶ Vgl. Weizsäcker 1986, S. 544–547; Schiffter 2006, 34 f.; Rosa 2016, S. 600–614

zur *subjektiven* (inneren), *sozialen* (intersubjektiven) und *objektiven Welt*, vor.²⁷⁷ Diese Einteilung grundlegender Bezüge des Subjekts wird von der vorliegenden Arbeit übernommen. Das Konzept der *Resonanz* kann dabei als *romantisch* inspirierte Reaktion auf Max Webers Zeitdiagnose der entzauberten Moderne und somit als *Gegenbegriff* zum ideengeschichtlich breit diskutierten Phänomen der *Entfremdung* verstanden werden; es reiht sich in die sozialphilosophische Tradition der Kritischen Theorie ein und stellt sowohl ein *deskriptives* als auch ein *normatives Modell* dar.²⁷⁸ Je nachdem ob die *Welt* als *antwortend*, als *indifferent* oder sogar als *repulsiv* erfahren wird, stellen sich *lebendig vibrierende* oder *stumme Beziehungen* zu dieser subjektiven, sozialen und objektiven Welt ein. Was zunächst die genaue Bestimmung von Resonanz betrifft, so definiert sie Rosa wie folgt:

„Resonanz ist eine durch $A \leftarrow$ fizierung und $E \rightarrow$ motion, intrinsisches Interesse und Selbstwirksamkeitserwartung gebildete Form der Weltbeziehung, in der sich Subjekt und Welt gegenseitig berühren und zugleich transformieren. Resonanz ist keine Echo-, sondern eine Antwortbeziehung; sie setzt voraus, dass beide Seiten *mit eigener Stimme* sprechen, und dies ist nur dort möglich, wo starke Wertungen berührt werden. Resonanz impliziert ein Moment konstitutiver Unverfügbarkeit. Resonanzbeziehungen setzen voraus, dass Subjekt und Welt hinreichend ‚geschlossen‘ bzw. konsistent sind, um mit je eigener Stimme zu sprechen, und offen genug, um sich affizieren oder erreichen zu lassen. Resonanz ist kein emotionaler Zustand, sondern ein Beziehungsmodus. Dieser ist gegenüber dem emotionalen Inhalt neutral.“ (Rosa 2016, S. 298)

Resonanzenerfahrungen sind also dadurch gekennzeichnet, dass *sowohl von der Subjekt- als auch von der Weltseite her eine Schwingung induziert* werden kann, was Rosa mit der Metapher zweier Stimmgabeln ausdrückt, die, wenn einmal angeschlagen, die jeweils andere zum Vibrieren bringen. So ist es einerseits möglich, *sich von der Welt berühren („affizieren“) zu lassen*, was einem Anstoßen der Resonanzdynamik durch die „zweite Stimmgabel“, das heißt einem *initial rezeptiven Resonanzerleben* entspräche. Diese These hat durch die oben dargestellte Entdeckung der *Spiegelneurone* eine empirische Grundlage erhalten.²⁷⁹ Dabei impliziert eine Resonanzenerfahrung eine *sekundär-aktive Antwort*, die einen *Eigenimpuls setzt*, damit gleichsam „mit eigener Stimme“ spricht und sich vom Widerhall einer reinen Spiegelung unterscheidet.²⁸⁰ Auf der anderen Seite kann die Verbindungsachse zwischen Subjekt und Welt auch *primär-aktiv* zum Schwingen gebracht werden, so dass der Mensch als „erste Stimmgabel“ fungiert, *intrinsisch motiviert auf die Welt zugeht* („Emotio“) und sie *kreativ zu gestalten versucht*. Diese These sieht Rosa durch Banduras oben ausgeführte empirische Forschungen zur *Selbstwirksamkeitserwartung* untermauert. Hier wird deutlich, dass für die Idee von Resonanz das *Moment der Anverwandlung* konstitutiv ist, das eine *Transformation der Person selbst*

²⁷⁷ Vgl. Rosa 2016, 68 f.

²⁷⁸ Vgl. Rosa 2016, 293 f.

²⁷⁹ Vgl. Rosa 2016, 256 f.

²⁸⁰ Vgl. Rosa 2016, S. 260

und des betreffenden Weltausschnitts meint und sich von einer vereinnehmenden Aneignung grundlegend unterscheidet. Dieser Prozess der Anverwandlung von Welt setzt ein Zulassen der Eigenständigkeit beider Pole der Beziehung voraus und impliziert damit die Bedeutung von *Unverfügbarkeit* und *Widerspruch* – also von Ambiguität – für das Resonanzerleben.²⁸¹ Und nicht nur Dissonanz und Nicht-Integrität können als Bedingung der Möglichkeit schwingender Verhältnisse gelten, sondern sogar Erfahrungen der *Entfremdung*. Mit diesem Terminus fasst Rosa begrifflich das „*Andere der Resonanz*“, das heißt einen Beziehungsmodus, in dem „Subjekt und Welt einander indifferent oder feindlich (repulsiv) und mithin innerlich unverbunden gegenüberstehen. Daher kann Entfremdung auch als *Beziehung der Beziehungslosigkeit* (Rahel Jaeggi) bestimmt werden.“ (Rosa 2016, S. 316) Zwischen Subjekt und Welt *misslingt die Ausbildung eines lebendigen Schwingungsverhältnisses*, was der absurden Welterfahrung nahekommt, die Albert Camus als das Aufeinanderprallen von Sinn suchendem Menschen und *nicht antwortendem Stummbleiben der Welt* beschreibt.²⁸² Neben dieser rezeptiv als kalt und abweisend erfahrenden Welt liegt das aktive Äquivalent eines nicht resonanten Weltverhältnisses im *verdinglichenden Umgang mit der Welt*, wie er von der wirkursächlich-zweckrational agierenden Moderne in übersteigerter Form ausgestellt wird. Dabei kann die *Depression* als die subjektiv-psychopathologische Maximalvariante der Entfremdungserfahrung gelten.²⁸³ Jedoch werden, wie bereits angedeutet, *Entfremdungsmomente und Objektvierungsdynamiken* von Rosa *keineswegs grundsätzlich als Irrweg verworfen*; vielmehr müsste man einen Dauerresonanzanspruch als völlig fehlgeleitete Ideologie einstufen, da die *Resonanzerfahrung* eben von Differenz, Unverfügbarkeit und gerade dem *Nicht-Vorhandensein ihrer selbst in der Entfremdung* lebt. Darüber hinaus sichern *Verdinglichungsmechanismen* wie die kapitalistische Wirtschaft oder moderne Technologien wichtige *gesellschaftliche Grundlagen für die Etablierung von Resonanzachsen*, das heißt von *stabilen Formen der Weltbeziehung*, die für regelmäßige Schwingungsmomente prädisponieren und von denen insbesondere das *ästhetische Erleben*, die *Naturerfahrung* und *spirituelle Aktivitäten* privilegierte Optionen in der spätmodernen Gesellschaft darstellen.²⁸⁴ Daher kann eine Form der begründeten *Resonanzunterdrückung* als zentrale kulturelle Fertigkeit gewertet werden, die wesentlicher Teil einer gelingenden Weltbeziehung ist.²⁸⁵ Daraus ergibt sich für Rosa die deskriptive und normative Schlussfolgerung einer *Dialektik von Resonanz und Entfremdung*, wobei ein *dispositionales Resonanzvertrauen* als Voraussetzung für Öffnung gegenüber dem Nicht-Eigenen als Grundlage für Resonanzerfahrungen gesehen wird. So werden *Weltbeziehungen* zwar als *präkognitiv*, aber *nicht* als *präsozial* eingestuft, da Weltbezogenheit immer Resultat von Resonanz- und Beziehungserfahrungen

²⁸¹ Vgl. Rosa 2016, 270-272, 278 f.

²⁸² Vgl. Rosa 2016, S. 316–318; Camus 2001, S. 41

²⁸³ Vgl. Rosa 2016, 307 f.

²⁸⁴ Vgl. Rosa 2016, S. 294–296

²⁸⁵ Vgl. Rosa 2016, S. 122

ist.²⁸⁶ Dabei können *intersubjektive Resonanzen* als *anthropologische Basis und Bedingung der Möglichkeit des Erlebens anderer – auch extrasozialer – Resonanzen*, die Bezugsperson-Kind-Dyade gewissermaßen als Prototyp des Weltverhältnisses gelten.²⁸⁷ Diese Beobachtung deckt sich mit den oben entwickelten Zusammenhängen zwischen sicheren, also responsiven Bindungsbeziehungen und einer beziehungsfähigen Persönlichkeit. Daher plädiert Rosa auch dafür, den Aufruf zum Widerspruch insbesondere der postmodernen Differenzphilosophie grundsätzlich zu befürworten, die Ablehnung jeder positiven Anverwandlung von Welt allerdings zu verwerfen.²⁸⁸

Im Anschluss an dieses Resonanzkonzept sei *Beziehungsfähigkeit* hier als die *Fähigkeit* definiert, *sich für Resonanzverhältnisse zum eigenen verkörperten Selbst, zum anderen und zur objektiven Welt zu sensibilisieren, aber diese Beziehungen auch immer wieder instrumentell zu gestalten*, was schlaglichtartig als *Balance zwischen Kunst und Technik* bezeichnet werden könnte. Dabei wird Beziehungsfähigkeit als Bedingung der Möglichkeit für unverfügbare Begegnungserfahrungen verstanden, die dem Menschen Sinn geben, aber nicht willkürlich induzierbar sind; es ist allerdings möglich, sich innerlich für solche Erfahrungen von Bedeutsamkeit mehr oder weniger zu öffnen, was einem unterschiedlichen Ausprägungsgrad an Beziehungsfähigkeit entspräche. Doch worin könnte nun der *konkrete Beitrag der Psychotherapie* zur Unterstützung der *Entwicklung einer solcher Beziehungsfähigkeit* bestehen? Wie können einzelne Therapierichtungen den Patienten dabei unterstützen, sich diesem Entwicklungsziel annähern?

b) Relationales Potential der Psychotherapie: Beziehungsangebot und Techniken

Sollten die vorgetragene anthropologische Position sowie die daraus gezogene Schlussfolgerung des Entwicklungsziels der Beziehungsfähigkeit zutreffend sein, stellt sich die *Psychotherapie* in ihrem *relationalen Potential* als *privilegiertes Mittel* zur Förderung dieser Basiskompetenz heraus. Hält man sich die *romantischen Wurzeln der Psychotherapie* vor Augen, mag es wenig verwundern, dass der Rahmen der psychosozialen Behandlung besondere Möglichkeiten zur Öffnung für Resonanzverhältnisse (und auch ihre bewusste Blockade) bereitstellt. Dieses Potential liegt einerseits im *Beziehungsangebot* des therapeutischen Settings, andererseits in *spezifischen Techniken*. Beide Aspekte können konzeptuell unterschieden, aber in der Praxis nicht voneinander getrennt werden. So wird hier eine Ausdifferenzierung der relationalen Funktion von Psychotherapie als *professionelles responsives Reparenting* in zwei Kernelemente vorgeschlagen: Während *Psychotherapie* auf der einen Seite nicht

²⁸⁶ Vgl. Rosa 2016, 238, 244 f.

²⁸⁷ Vgl. Rosa 2016, S. 246–269

²⁸⁸ Vgl. Rosa 2016, S. 324–326

als elitäre Berufspraxis, sondern *als professionelle Form einer idealen zwischenmenschlichen Beziehung* zu verstehen ist (1),²⁸⁹ kann sie andererseits *als professionelle Anwendung spezifischer psychologischer Interventionen* konzipiert werden (2). Danach wäre die Psychotherapie als *Verknüpfung einer eingestimmten Kommunikation und störungsadäquater Techniken* zu sehen, was konzeptuell für den *Zielhorizont biopsychosozialer Medizin allgemein* eine Kombination einer mentalisierenden Gesprächshaltung mit der effektivsten somatischen Behandlung bedeuten würde. Mit Buber gesprochen wäre es die Berücksichtigung sowohl der Ich-Du- als auch der Ich-Es-Ebene. Ad (1) Das *Beziehungsangebot* der *möglichst idealen Kommunikationssituation* ist als *Therapieziel* und *Wirkfaktor* vielfach beschrieben worden. Wie oben ausgeführt, sieht eine lange Tradition die *gelingende Mutter-Kind-Interaktion* als fruchtbare Bezugsquelle psychotherapeutischen Handelns an. So kann das *partiell kontingente Spiegeln*, das zuerst eine sichere Basis, später eine Verstärkung der Autonomieentwicklung fördern soll, als praktische Schlussfolgerung aus der *Bindungstheorie* für die Psychotherapie gesehen werden. Daran knüpfen die *Objektbeziehungstheorie* und ihre Weiterentwicklungen an, indem sie ein *feinfühlig-empathischen Kommunikationsangebot*, durch das der *Therapeut als Hilfs-Ich* oder *Selbstobjekt* fungieren soll, akzentuieren.²⁹⁰ Hier werden auch Einflüsse aus beziehungsweise Parallelen zu *humanistischen Therapietraditionen* deutlich. So erhalten im Ansatz von Carl Rogers neben dem Ausdruck der Gefühle und der therapeutischen Authentizität die *absolute Wertschätzung* des Patienten und die *Empathie* zentrale Bedeutung.²⁹¹ Doch auch in der KVT gilt mittlerweile eine *Haltung der Achtsamkeit dem Patienten gegenüber* als äußerst bedeutsam. Und selbst neurobiologische Untersuchungen werten die *gegenseitige Einstimmung (Attunement)* als zentralen Prozess der Psychotherapie, der eine *implizite Lernerfahrung* darstellt und dabei die *neuronale Integration* fördert.²⁹² Aufgrund der zentralen Rolle *intersubjektiver Beziehungen* für die Entwicklung der Persönlichkeit und ihres *prototypischen Charakters* für mannigfaltige *andere Beziehungskonstellationen* auf die Welt hin kann die *therapeutische Beziehung* als *bedeutende Möglichkeit der Stärkung von Beziehungsfähigkeit in jeglicher Hinsicht* – also ihrer subjektiven, sozialen und objektiven Dimension – gewertet werden. Ad (2) Auf der anderen Seite hat die Psychotherapie zahlreiche *Techniken* entwickelt, die zur Verbesserung von Beziehungsfähigkeit einen hilfreichen Beitrag leisten können. Insbesondere die kognitiv-verhaltenstherapeutische Richtung legt hier traditionell – häufig aus psychodynamischen oder humanistischen Ansätzen inspirierte – *modularisierbare Innovationsimpulse* vor. So entstanden im Bereich *interpersoneller Beziehungen* etwa die Validierungstechniken, das Soziale

²⁸⁹ Vgl. Siegel 1999, S. 300

²⁹⁰ Vgl. Strauß 2014, 109 f.

²⁹¹ Vgl. Rogers 2014

²⁹² Vgl. Siegel 1999, 29 f.; Siegel 2007, S. 360–363

Kompetenztraining oder auch interaktionelle Rollenspiele. Was das Gebiet der *subjektiven Beziehungsdimension* betrifft, wurden Entspannungsverfahren, Emotionsregulationsstrategien oder imaginative Übungen hervorgebracht, während sich im Hinblick auf *objektive Weltverhältnisse* Techniken zum Aktivitätsaufbau oder Strategien zur Stärkung eines werteorientierten Engagements entwickelten.²⁹³ Als *Fazit* ist zu ziehen, dass die *Psychotherapie* durch ein *empathisches Kommunikationsangebot* in Verknüpfung mit *adäquaten Techniken* als wertvolle *Vermittlungsinstanz zur Stärkung der Beziehungsfähigkeit* fungieren kann.

c) Explikation von Beziehungsfähigkeit anhand des Gegenstands der Ambiguität: Ambiguitätsfähigkeit als Zusammenspiel von eradikativer und integrativer Therapie

Auf welche Art und Weise könnte sich nun dieses *relationale Potential der Psychotherapie* für die *Bewältigung von ambigen Erfahrungen* als produktiv erweisen? An dieser Stelle sei vorgeschlagen, das *abstrakte, philosophisch erarbeitete Konzept* der Beziehungsfähigkeit anhand des Gegenstands der Ambiguität exemplarisch zu explizieren und dabei mit den *konkreten psychotherapeutischen Angeboten* in Beziehung zu setzen. Damit soll eine Auseinandersetzung mit der Ausgangsfrage der vorliegenden Untersuchung mittels einer *Bewertung der therapeutischen Konzepte* durch den *externen Maßstab der Förderung von Beziehungsfähigkeit* erreicht werden. Dabei handelt es sich keineswegs um die Behauptung, Beziehungsfähigkeit darauf zu reduzieren; im Gegenteil sind durchaus Erfahrungen denkbar, in denen Beziehungen zumindest keinem prominenten Ambiguitätserleben unterliegen. Jedoch soll hier die These vertreten werden, dass sich angesichts der existentiellen Dimension des Erlebens von Gebrochenheit *Beziehungsfähigkeit in besonderer Weise im Umgang mit ambigen Erfahrungen* entwickeln kann, manifestiert und bewährt. Intuitiv ausgedrückt ist damit gemeint, dass sich der Charakter eines Menschen besonders deutlich und entwicklungsoffen in Krisenzeiten zeigt. Dabei sei die folgende Darstellung durch die *These* strukturiert, dass sich *psychotherapeutische Interventionen auf dreierlei Weise ambigen Erlebenshorizonten* nähern können, welche *auf integrative und individualisierte Weise* auf den einzelnen Patienten zuzuschneiden sind, um ihm einen Entwicklungsraum für Beziehungsfähigkeit zu ermöglichen. Den Ausgangspunkt der Überlegungen bildet hier, dass es *drei logische Möglichkeiten eines Verhältnisses zu ambigen Erfahrungen* auf einer *diachronen Ebene* gibt: Durch wie auch immer geartete Lebensereignisse kann die *Unaufgelöstheit des Erlebens sich vermindern, unverändert bleiben oder sich steigern*. Diese potentiellen Pfade kann *Psychotherapie* prinzipiell insofern *aktiv zu beeinflussen versuchen*, als sie Behandlungsinterventionen anbietet, die zum Ziel haben, die *Ambiguität bewusst zu reduzieren, anzunehmen oder zu erhöhen*. Die therapeutische Beziehung und die spezifischen Techniken sind also grundsätzlich als Angebot zu

²⁹³ Vgl. Zarbock 2008, S. 279–411

sehen, das einen Weg zur *Eradikation des unaufgelöst Pathogenen* (I) sowie zur *Akzeptanz und Integration des Gebrochenen* (II.1) und zur *Förderung unbestimmter Möglichkeitsräume* (II.2) unterstützen kann. Diese beiden Strategien seien als *zwei Modi des Umgangs mit Ambiguität* bezeichnet, die *mittels des oben entwickelten Kriteriums der Beziehungsfähigkeit* als Resonanzsensibilisierung und begründeter Resonanzblockade *bewertbar* sind. Dabei lassen sich unterschiedliche Argumente anführen, die im Folgenden jeweils im Hinblick auf die psychodynamische Tradition und die kognitive Verhaltenstherapie ausführlich dargelegt (I-II) und zusammengeführt (III) werden sollen.

(I) Eradikative Therapie: Schritte zur direkten Disambiguierung in psychodynamischer und kognitiv-behavioraler Psychotherapie

Zunächst sei der Modus der *Ambiguitätsreduktion* expliziert, der an dieser Stelle als *eradikative* oder – synonym in Anlehnung an die Ethnologen François Laplantine und Luc de Heusch – als „*exorzistische*“ *Therapiehaltung* bezeichnet werden soll. Diese terminologische Fassung impliziert die These, dass die Dynamik der *Elimination der störenden Unaufgelöstheit*, die sich in der Metapher des *Austreibens eines dämonisch-pathogenen Agens* ausdrückt, *auch in der modernen biopsychosozialen Medizin* zu finden ist. Als Hintergrundfigur dieser Entfernungslogik steht das *Modell „Krieg“*: Ärztliche Behandlung lokalisiert sich hier in einem Raum des *Kampfes gegen krankmachende Gebrochenheits-erfahrungen* und operiert auf diese Weise meist gemäß einem *subtraktiven Prinzip*, das heißt Heilung stellt sich typischerweise mittels der *Beseitigung einer als pathogen, fremd und überzählig identifizierten Entität* aus dem ansonsten integren Gesamtorganismus ein. Dahinter stehen die Vorstellungen eines *anatomisch aufspaltbaren, analysierbaren und objektivierbaren Körpers* sowie präferentiell ein *allopathisches Verhältnis von Krankheit und Gesundheit*, was den Versuch meint, die Krankheit durch *aktive, gegensätzliche „Anti-Interventionen“* zu überwinden. Krankheit wird hier tendentiell als *ontologisierte exogene Ursache* betrachtet, die per se als *schädlich* und *unsinnig* zu bewerten ist. Der *Gegenangriff auf die Aggression aus der Natur* ist *schnell*, häufig sogar dringlich, und *mit größtmöglicher Effizienz* zu platzieren, um die Erfolgchancen zu maximieren, wobei die *Heilung eher von außen*, insbesondere vom *Eingriff des Therapeuten* erwartet wird und der *Kranke wenig dazu beitragen kann*.²⁹⁴

Doch inwiefern sollte nun der Versuch, ambiges Erleben aus dieser Perspektive eines „Homo faber“ unvermittelt zu beseitigen, einen elaborierten *Ausdruck von Beziehungsfähigkeit* darstellen? Wie oben gesehen, meint Beziehungsfähigkeit keineswegs ausschließlich das dauerhafte Streben nach Resonanzerlebnissen, sondern impliziert auch eine *bewusste Unterdrückung von Resonanz* in Form einer *begründet instrumentellen Beziehungsgestaltung*. Darüber hinaus gibt es durchaus einschneidende

²⁹⁴ Vgl. Laplantine 1986, 181-184, 199-205, 209, 235 f., 240-245; Heusch 1971, S. 226-285; Frick 2015, 184 f.

Gebrochenheitserfahrungen, die die *Etablierung von Resonanzachsen dauerhaft blockieren* und somit, soweit sie sich zugänglich erweisen, *auszumerzen* sind. Diese Perspektive bedeutet zunächst eine ausdrückliche *Wertschätzung des biomechanischen Eradikationsparadigmas* der modernen Medizin, dem in Roy Schafers Terminologie eine *komische Welteinstellung* zugrunde liegt. Diese sogenannte *komische Perspektive* – was hier nicht im Sinne von ulkig oder witzig zu verstehen ist – ist durch einen *Machbarkeitsglauben*, einen *Fortschritts- und Reformoptimismus*, eine *revisionistische Einstellung*, eine *bedingungslose Hoffnung auf Verbesserung* und *positives Denken* charakterisiert. Konflikte werden als situationsspezifisch und durch veränderndes Handeln auflösbar eingeschätzt, das an sich gute Individuum wird durch äußere Zwänge in seiner Entwicklung eingeschränkt. Hinter dieser Sichtweise liegen die *Werte von Sicherheit, Gratifikation, sozialem Zusammenhalt und Pragmatismus*.²⁹⁵ Diese Perspektive auf den Menschen kann als durchaus *zutreffend* gewürdigt werden und findet *psychotherapeutisch adäquaten Ausdruck*.

Als prominent ist an dieser Stelle zunächst die *klassische Verhaltenstherapie* zu nennen, die als wichtigstes Therapieziel die *objektivierbare Verhaltensmodifikation durch die klassische und operante Konditionierung sowie das soziale Lernen* in den psychotherapeutischen Diskurs einführt und damit in besonders ausdrücklicher Weise auf eine *direkte Reduktion ambiger Erfahrung auf der äußerlichen Handlungsebene* abstellt. Die Elimination der Symptomatik auf einer klar operationalisierbaren Verhaltensebene gilt hier als eindeutiges Erfolgskriterium, Vagheit im Verlauf und Ergebnis wird als Hindernis einer sauberen Methodik eingestuft.²⁹⁶ Mit den *kognitiven Therapien* entwickelten sich im Anschluss an die direkt am Verhalten ansetzenden Verfahren auch *intrapsychische Disambiguierungsmethoden*, die in Fortführung der Tradition der unmittelbaren Veränderung von Symptomen auf die *Beseitigung dysfunktionaler Gedanken und Einstellungen durch kognitive Umstrukturierung* abzielen. Die unmittelbar-vereindeutigende Stoßrichtung scheint erst einmal offensichtlich, jedoch muss hier eine Nuancierung betont werden. Bereits die *kognitiv-verhaltenstherapeutischen Standardverfahren* wie die Exposition aversiven Stimuli gegenüber, das Modelllernen und die kognitive Umstrukturierung schlagen zunächst, teilweise wenig expliziert, die Wege einer *Toleranz, Akzeptanz oder Provokation ambiger Erfahrungen* ein, bevor eine *sekundäre Beruhigung des psychischen Systems* erreicht werden kann. Daher wäre es zu undifferenziert, konzeptuell ausschließlich von einer unmittelbaren Ausmerzung von Widersprüchen auszugehen. Allerdings sind die *Therapieziele* der klassischen und teilweise auch der kognitiven Verhaltenstherapie auf eine *klare Beseitigung von verunsichernden Symptomen* ausgerichtet und damit analog zur biomechanisch-somatischen Medizin konzipiert. In den *Therapien der Dritten Welle* der Verhaltenstherapie wird der *ausschließliche Fokus auf*

²⁹⁵ Vgl. Schafer 1976, 26 f.

²⁹⁶ Vgl. Messer und Winokur 1980, S. 823; Laplantine 1986, S. 183

Veränderung durch Eradikation ambigen Erlebens zugunsten einer Integration ambiguitätsannehmer und -fördernder Strategien *deutlich erweitert* und vielfach in eine eher dialektische Sichtweise des Verhältnisses von Veränderung und Akzeptanz gewandelt, ohne allerdings dadurch die Dimension der Symptombeseitigung aufzugeben. Parallel zu diesem therapeutischen Reduktionismus kann auch auf einer wissenschaftstheoretischen Ebene ein *methodologischer Reduktionismus funktional* sein, sofern man sich der Grenzen dieser Perspektive bewusst bleibt und durch Untersuchungen, die auf die subjektive Erfahrung des Patienten abheben, ergänzt. Die Verbreitung des *empirisch-operationalistischen Methodenideals* aus der frühen Verhaltenstherapie, das sich mittlerweile in der gesamten Psychotherapieforschung durchgesetzt hat, ist sicherlich *zu begrüßen*, da der Weg einer *evidenzbasierten Psychotherapie* über die Objektivierung der Beurteilungsperspektive der *Verantwortung dem Patienten gegenüber* bezüglich der Wirksamkeit der angebotenen Behandlungen gerechter wird. Diesem Vorzug trägt sowohl die *Beibehaltung der empirischen Methodik in der gesamten Verhaltenstherapie* als auch die *Entwicklung der OPD und anderer Operationalisierungsversuche innerhalb der psychodynamischen Therapien* Rechnung. Gerade letztere Entwicklung kann als *äußerst hilfreiche Überwindung einer dogmatischen Empirieskepsis in der frühen Psychoanalyse* eingestuft werden. Allerdings wäre eine Überhöhung der Objektivierung in Form von Daten als alleiniger Quelle von Wahrheit in der Psychotherapieforschung als ein Kategorienfehler zu bewerten. Metatheoretische Aussagen über die Eigenschaften des empiristischen Paradigmas selbst sind *wissenschaftstheoretischer Natur* und daher nicht mehr durch die Erhebung von Daten, sondern lediglich über eine philosophische Argumentation abzusichern.

Dieses hier angedeutete kritische Verhältnis der *klassischen Psychoanalyse* zum naturwissenschaftlichen Methodenideal passt gut mit der Perspektive Freuds auf die Möglichkeit einer exorzistischen Behandlung zusammen. Wie oben dargestellt, hielt Freud vor dem fatalistischen Hintergrund der Unüberwindbarkeit der intrapsychischen Konflikthaftigkeit lediglich eine *partielle Ausmerzung des Leidensdrucks*, der *durch einzelne Konflikte* verursacht wird, für möglich. Eine grundlegende Emanzipation aus den zahlreichen „Abhängigkeiten des Ich“ (Freud 2013a, S. 51) gilt als nicht realitätsangemessen, ein *Rückgang innerer Kämpfe* *vermittels Deutung* und *Durcharbeitung* innerhalb der neuen Methode der befreienden Ausleuchtung der unbewussten Tiefendimension dagegen durchaus als Therapieziel. Deutlicher wird eine solche, positiv zu erreichende psychische Situation im *Strukturdefizitmodell* und im *Intersubjektivismus* expliziert. Hier wird der *Aufbau eindeutig reifer Persönlichkeitsstrukturmerkmale* stärker im Spektrum realistischer Therapieveränderungen verortet, was eine *optimistischere Haltung* bezüglich der Frage nach einer *Beseitigung brüchiger Selbstanteile* impliziert. Dieser Versuch, ein Spektrum basaler Persönlichkeitsfertigkeiten zu beschreiben, ist als *mögliche psychodynamische Operationalisierung des abstrakten Modells der Beziehungsfähigkeit* zu

würdigen. Gerade in der Variante der *OPD* mit ihren *Strukturdimensionen*, die den *Selbst- und Objektbezug* ausdifferenzieren, scheinen *starke Parallelen* gegeben. Äußerst *kritisch* wird das Eradikationsparadigma in der *lacanianischen Psychoanalyse* bewertet. Hier gelten Versuche einer *Beseitigung von Ambiguität* als *positivistisch-illusionäre Verblendung*, die den Menschen in seinem narzisstischen Ich gefangen hält und ihm gerade Emanzipationspotentiale hin auf das wahre Selbst verwehrt. Diese *Warnung vor zu stark vereinheitlichenden Tendenzen* ist zunächst als *zutreffende Kritik* zu würdigen. Auf der anderen Seite kommt Lacan trotz aller gegenteiliger Bemühungen qua Theoriebildung *nicht ohne konzeptuelle Festlegungen* aus und wird an dieser Stelle *selbst einseitig*, indem er in Form eines übersteigerten Differenzdenkens das *grundlegende Bedürfnis nach Integrität und Sicherheit* zu *wenig berücksichtigt* und damit die *Basis für das Ausloten von Potentialen ambiger Erfahrungen untergräbt*. Ohne eine Persönlichkeit, die Identitäts- und Resonanzerfahrungen gemacht hat und in Folge dessen als grundlegend ungebrochen und stabil – eben als beziehungsfähig – erfahren wird, kann das Erleben von Ambiguität kaum zur individuellen Entwicklung und zur Schaffung einer kritischen Distanz zu Scheinidentifikationen fruchtbar gemacht werden.

Allerdings ist es hier wichtig, den *Stellenwert dieses instrumentellen Vorgehens* in der Psychotherapie genauer zu bestimmen. Im Gegensatz zum biomechanischen Standardmodell der somatischen Medizin, in dem eine Art direkte Disambiguierung in Form einer primären Symptomeradikation als Hauptintervention gilt, kann im *biopsychosozialen Modell* ein „*therapeutischer Reduktionismus*“, der gezielt auf die Behandlung spezifischer Symptome unter Ausblendung der Hintergrundbedingungen fokussiert, eher als *häufig vorläufiges Hilfsmittel zur unmittelbaren Stabilisierung des Patienten* gesehen werden. Da ein solches Vorgehen eine *Ausblendung von Realität* mit dem *Risiko von Vermeidungsstrategien* impliziert, ist die *Indikationsstellung gut zu begründen*, was allerdings durchaus, gerade in der Anfangsphase einer Psychotherapie, nicht selten möglich ist. Denn die *Erfahrung, von Ambiguitäten innerlich überschwemmt zu werden*, führt zu stark dysfunktionalen, gefühlsdistanzierten Selbstberuhigungsstrategien und weit weg von psychischer Stabilisierung und realitätsnahe Erleben. Da ist es in vielen psychotherapeutischen Konstellationen zunächst notwendig, die *Zerrissenheit des Lebens so weit wie möglich zu reduzieren*, um eine *halbwegs sichere Basis* für die weitere Behandlung zu generieren. So scheint insbesondere in der Behandlung von Störungen, die mit hohen Spannungszuständen einhergehen, ein schnell wirksames beruhigendes Handlungsrepertoire sinnvoll, um stärker destruktives und frustantes Standardverhalten zu überwinden, die Alltagsfunktionalität des Patienten zu erhöhen und überhaupt eine Arbeit am Störungshintergrund zu ermöglichen. Beispiele dafür wären die zumindest konzeptuelle Unterscheidung zwischen einer *Stabilisierungs- und einer Konfrontationsphase in der Traumatherapie*, die *Tresorübung* bei verschiedenen Arten von Belastungszuständen, die eine unmittelbare Beruhigung über ein nicht dissoziatives Aussteigen aus

der Realität induzieren soll, oder *Stresstoleranzfertigkeiten* in der DBT, durch die sich eine Patientin mit Borderline-Persönlichkeitsstörung starke sinnliche Reize setzt, um innere Anspannung ohne selbstverletzendes Verhalten abzubauen. Auch scheint eine *leicht-verzerrt positive Wahrnehmung der Realität* für psychische Gesundheit hilfreich, was dem *Placeboeffekt* nahekommt, der davon ausgeht, dass eine positive Erwartungshaltung tatsächlich mit höherer Wahrscheinlichkeit zum gewünschten Ergebnis führt. Dies begründet ein Recht auf Nichtwissen von Risiken medizinischer Eingriffe, so dass eine grundsätzlich positiv-disambiguierende Herangehensweise an eine Behandlung zu unterstützen ist, wohingegen eine zu starke Realitätsverweigerung nicht förderlich scheint. Schließlich wird der Einsatz von *Psychopharmaka* gleichsam als „neoadjuvante“ Akutbehandlung zur Reduktion des pathologischen Agens vor oder begleitend zu einer Psychotherapie häufig damit begründet, dass eine *Beruhigung des psychischen Systems* erreicht werden soll, um eine psychotherapeutische Bearbeitung der Hintergrundproblematik überhaupt erst zu ermöglichen.

Somit kann die *Schlussfolgerung* gezogen werden, dass *solche direkt ambiguitätsreduzierenden Maßnahmen* als Versuch, die Beziehungsfähigkeit zu verbessern, oft gerechtfertigt erscheinen, aber die *häufige Vorläufigkeit und die engen Grenzen* dieser Strategien nicht ignoriert werden darf, da tiefgreifende Veränderungen in der Psychotherapie in der Regel eine ikonoklastische Struktur aufweisen, wie etwa durch Nietzsche zum Ausdruck kommt: „[W]o Oasen sind, da sind auch Götzenbilder.“ (Nietzsche 1994, S. 106) So darf die begrenzte Indikation dieser realitätsvermeidenden Strategien nicht darüber hinwegtäuschen, dass, wenn irgendwie möglich, der Teufelskreis von Kontrolle und Vermeidung, durch den zahlreiche psychopathologische Phänomene gekennzeichnet sind, durchbrochen und gerade nicht unterstützt werden sollte. Sowohl *in der kognitiven Verhaltenstherapie* als auch *in der psychodynamischen Therapie* finden sich heute *Ansätze zur Reduktion von Ambiguität*, wobei hier sicherlich die *kognitiv-behaviorale Tradition* eher *Pionierarbeit* geleistet und die psychodynamische Richtung im Laufe der Entwicklung Defizite nachgeholt hat.

(II) Integrative Therapie: Schritte zur Induktion von Ambiguitätserleben in psychodynamischer und kognitiv-behavioraler Psychotherapie

Der eradikativen Haltung steht ein *integrativer Ansatz* entgegen. So konzipiert Laplantine als Gegenmodell zur exorzistischen Behandlungsweise mit einem Neologismus von de Heusch eine „*adorzistische*“ *Therapiehaltung* und meint damit eine heilsame *therapeutische Begleitung* des Patienten, um ihn bei *inneren regulatorischen Prozessen* zu unterstützen. Mit diesem Begriff sei hier der Modus der bewussten *Induktion von Ambiguitätserfahrungen* bezeichnet. Die *Krankheit als Erleben von Unaufgelöstheit* wird in diesem Modell nicht als zu extrahierender Fremdkörper eingeordnet, sondern als *Situation mit therapeutischem Potential* wertgeschätzt:

„[L]a maladie n'est plus redoutée, mais convoitée; on ne doit plus la fuir ou la combattre, mais la souhaiter et la saluer, lorsqu'elle advient, comme un niveau supérieur d'existence; ce qui était interprété comme pathogène est cette fois reconnu comme thérapeutique.“ (Laplantine 1986, S. 209)

Damit wird einem *entwicklungszentrierten Behandlungsmodell* Rechnung getragen, das im *Vertrauen auf die Natur* eine *Versöhnung mit der Wirklichkeit* anstrebt und präferentiell ein *mimetisch-homöopathisches Verhältnis von Krankheit und Gesundheit* impliziert. Dies bedeutet, dass auch die Psychotherapie – analog zur Induktion eines Heilungsvorganges vermittelt der iatrogenen Erzeugung eines minimalen, aber mit der eigentlichen Pathologie vergleichbaren Krankheitszustandes in der somatischen Medizin (zum Beispiel in der klassischen Homöopathie, aber auch im Falle von Impfungen) – *Symptome, die der Krankheit ähneln, in geringer Dosis zu reaktivieren* versucht. Für den vorliegenden Kontext bedeutet dies, dass die *Exposition gegenüber ambigen Konstellationen* einen besseren Umgang damit fördern kann. Verbunden mit dieser Einstellung findet sich meist ein *additives Prinzip der Behandlung*, das in der „*Verinnerlichung*“ oder *Inkorporation zusätzlicher gesundheitsprotektiver Elemente* eine heilsame Wirkung vermutet. Dieses Modell betont die *irreduzible Ganzheit des individuellen Organismus*, fordert eine *synthetisierende Perspektive* und passt zu einer Verschiebung des Fokus hin zur *Salutogenese* und *positiven Psychologie*. Krankheit wird hier eher als *funktioneller innerer Prozess* konzipiert, der *bedeutsam* und *wertvoll* sein kann, auf jeden Fall aber als *deutungs-offen-ambivalent* einzustufen ist. Daher wird der *Heilungsvorgang* auch *eher als langsame Entwicklung von innen heraus* erwartet, wozu der *Patient* einen *wesentlichen Beitrag* leisten und damit sogar als *eigentlicher Therapeut* gelten kann.²⁹⁷ Angesichts der spätmodernen Dominanz der mechanistisch-positivistischen Medizin überrascht es kaum, dass dieses *aus nicht-westlichen Kulturen entlehnte Heilungsparadigma* Anstoß erregt und *an den Rand des schulmedizinischen Spektrums gedrängt wird*, insbesondere in seiner Betonung der *bedeutsamen Potentiale ambiger Prozesse*:

„Ce qu'il convient de souligner ici, c'est l'ambiguïté de cette position qui ne peut être que marginalisée, c'est-à-dire rejetée à la périphérie du système social, dans une culture qui, comme la nôtre, a massivement opté pour l'efficacité immédiate contre l'accompagnement lent et graduel des processus [...], pour la distinction radicale des rôles et des statuts de soignant et de soigné contre leur permutation possible, pour la clarté et l'univocité des signes contre l'opacité et l'équivocité des symboles.“ (Laplantine 1986, S. 238)

Da die integrative Haltung in zwei Spielarten ausdifferenzierbar ist, sei im Folgenden eine eher *integrativ-homöopathische Therapie* (1) von einer *integrativ-ästhetisierenden Therapie* (2) unterschieden.

²⁹⁷ Vgl. Laplantine 1986, 184-198, 205-207, 209-221, 236-245; Heusch 1971, S. 226–285; Frick 2015, 184 f.

(1) Integrativ-homöopathische Therapie

Wie oben ausgeführt, kann die *bewusste Reaktivierung ambiger Erfahrungen* zu einem verbesserten Umgang mit Gebrochenheit führen, was insbesondere eine *Annahme* und *Integration des Unaufgelösten* meint. *Zielhorizont* bleibt dabei ein *sekundärer Rückgang des ambigen Erlebens*, jedoch mit Hilfe des Mittels einer primären Exposition. Zunächst stellt sich erneut die Frage, inwiefern eine solche adarzistisch-homöopathische Behandlungsperspektive auf den „Homo patiens“ einen Patienten hin zu mehr *Beziehungsfähigkeit* führen sollte. Wie oben ausgeführt, setzt *Resonanzsensibilität* strukturell eine *hörend-rezeptive Haltung* voraus, die *sich für unverfügbare Erfahrungen öffnet*. Daraus ergibt sich bereits die Notwendigkeit einer Einstellung, die die *Ungewissheit zulässt* und *neue Wege als Entwicklungschance* begreift. Die Möglichkeit, sich berühren zu lassen und eine Begegnung zu machen, bedingt die *Bereitschaft*, ein Gegenüber *möglichst wenig zu kontrollieren* und *zu manipulieren* und es *da sein zu lassen*. Auch erfordern Resonanzverhältnisse eine *Integration des Gebrochenen*, um *nicht von Ambiguitäten und von Verlustangst dominiert* zu werden, sondern – wenn auch bescheidene – *Freiheitsspielräume* zu eröffnen; *Angst verhindert* nämlich *häufig Resonanz*.²⁹⁸ Schließlich ist es auf einer inhaltlichen Ebene möglich, die *Annahme von Brüchigem* selbst als *Resonanzerfahrung* zu erleben. Im Hintergrund dieser Akzeptanzsemantik steht eine *tragische Weltsicht*, welche eine *Unausweichlichkeit von Leid, Sinnlosigkeit, Konflikten* und damit *ambigen Erfahrungen* stark macht:

„Conflict is endemic in life; it cannot be eliminated, but only confronted with the muted hope of partial mastery. Choices made are irreversible, outcomes are often ambiguous, lost objects are irreplaceable, and these facts can only partially be mitigated by psychotherapy.” (Messer/Winokur 1980: 823)

Dieser Blickwinkel kann als Reaktion auf die großen Dilemmata, Ambiguitäten, Absurditäten und Unsicherheiten des menschlichen Lebens verstanden werden und geht von einer unentwirrbaren Verquickung von Leiden und Lernen, Verzicht und Gratifikation in allen Lebensvollzügen aus.

Wie oben ausgeführt, teilt die *klassische Psychoanalyse* eine *tragische Weltanschauung*. Dies kommt etwa darin zum Ausdruck, dass Phänomene wie die Macht der Verdrängung, Regression, Fixierung, des Wiederholungszwangs und der Einflüsse des Unbewussten, die Konflikte zwischen Es, Ich und Über-Ich oder auch die Ambivalenz menschlicher Beziehungen herausgearbeitet wurden. Hier herrscht ein lineares statt einem zyklischen Zeitverständnis vor, das die *Zeit* als *kontinuierlich* und *irreversibel* anerkannt und sich etwa in genetischen Deutungen in der Analyse niederschlägt. Daraus folgt auch, dass nach einer erfolgreichen Analyse eine Vulnerabilität und Neigungen in Richtung von

²⁹⁸ Vgl. Rosa 2016, 206 f.

kindlichen Konfliktlösungen bestehen bleiben.²⁹⁹ Da sich das *Ich* somit in *mannigfaltigen Abhängigkeitssituationen verstrickt* vorfindet und sich die kartesianische Autonomie als Illusion entpuppt, gelangt die Freud'sche Psychoanalyse konsequenterweise zum wesentlichen Therapieziel der *Annahme dieser ubiquitären Konflikthaftigkeit*. Im Fokus steht gerade keine Heilung als „Anti-Krankheit“, sondern ein *therapeutisches Mitgehen* beim Eintauchen in die unbewusste Dynamik der Konflikte. Ein homöopathisches Moment wird hier in der für die Therapie notwendigen Ausbildung einer *Übertragungsneurose zur Reaktivierung ambiger Erfahrungen* sichtbar.³⁰⁰ Auch im *Strukturdefizitmodell* sowie im *Intersubjektivismus* stellt die *Akzeptanz des Widersprüchlichen* eine bedeutende Voraussetzung für die Ausbildung einer *gut integrierten Struktur der Persönlichkeit* dar, allerdings unter deutlicherer Betonung der Prämisse einer *Entwicklungsförderung durch die tragende therapeutische Beziehung*. Hier wird der *interpersonelle Resonanzraum* der *Interaktion* des *empathisch-responsiven Therapeuten* mit dem Patienten als *wesentliche Unterstützung der Ausbildung von Akzeptanzprozessen* gesehen, was sicherlich eine *wichtige Erweiterung* gegenüber der Freud'schen Abstinenz darstellt. Durch die stärkere Internalisierung einer sicheren Bindung und den Zuwachs an Vertrauen wird ein *Entwicklungsraum* aufgespannt, innerhalb dessen die Annahme von innerer Zerrissenheit, Konflikthaftigkeit und Ambivalenz erleichtert werden soll. Diese positiv zu beurteilende Weiterentwicklung teilt die *französische Psychoanalyse* nicht. Zwar betont Lacan sehr deutlich die *Bedeutung der Akzeptanz der Uneindeutigkeit und Brüchigkeit* des Lebens, sieht im therapeutischen Prozess aber eine anti-empathische Haltung geboten, um die Ambiguität konstruktiv nutzen zu können. Diese konzeptimmanent konsequente Richtlinie ist *kritisch zu bewerten*: Zwar wird auf diese Weise ein kreativer Frageraum eröffnet, doch vor allem ist hier das Risiko eines *Vorenthaltens des zentralen Resonanzpotentials einer tragenden Beziehung* gegeben, das den Integrationsprozess in der Therapie zu untergraben droht.

Während die psychodynamische Tradition also gewissermaßen von der Initialentdeckung des dynamischen Unbewussten an den Akzeptanzimpetus mitdenkt, hat die *kognitive Verhaltenstherapie* einen längeren Prozess zurückgelegt, um die Annahme von ambigen Erfahrungen in ihr therapeutisches Spektrum einzugliedern. Wie oben gesehen, hat die *klassische Verhaltenstherapie* als Hauptfokus selbstverständlich die Veränderung der Symptomlast im Blick, so dass hier eine *mechanistische Engführung* auf nur eine von verschiedenen hilfreichen therapeutischen Herangehensweisen vorliegt. Doch selbst in diesen Anfängen des Behaviorismus kann etwa in der Konfrontationstherapie der systematischen Desensibilisierung eine akzeptierende Komponente insofern ausgemacht werden, als zunächst eine *annehmende Exposition gegenüber der anxiogenetischen Situation* erfolgt. Hierin könnte

²⁹⁹ Vgl. Schafer 1976, S. 35-38

³⁰⁰ Vgl. Laplantine 1986, 190, 215

man also durchaus eine passagere Akzeptanz ambigen Erlebens sehen, wenn auch das Ziel in der Beseitigung der Pathologie bestehen bleibt. Überhaupt können der *Verzicht auf krankmachende vermeidende und unterdrückende Strategien* sowie die *Bereitschaft, sich der inneren Gebrochenheit auszusetzen*, als charakteristisch für annehmende Haltungen gelten, wie sie in der Kognitiven Therapie und vor allem in der Dritten Welle entwickelt wurden. So folgt *Meichenbaums Stressimpfungstraining* einem homöopathischen Impuls und schlägt damit eine ähnliche, äußert fruchtbare Richtung wie die *REBT* ein, in der eine von der antiken Stoa inspirierte *anti-absolutistische Toleranz ambiger Erlebnisse* als wesentliches Therapieziel gesehen wird. Noch deutlicher in den Vordergrund therapeutischer Bemühungen wird die *Akzeptanz von Ambiguität* – die über Toleranz noch hinausgeht – von den *achtsamkeitsbasierten Richtungen* gestellt. Insofern *Achtsamkeitspraktiken* zur *aktiven Annahme unaufgelösten Erlebens* führen sollen, rücken sie in unmittelbare Nähe zu Strategien der *Akzeptanz*, wie sie insbesondere in *DBT* und *ACT* hervorgehoben werden. Womöglich können Achtsamkeit und Akzeptanz als Versuch konzipiert werden, sich für *Resonanzerfahrungen insbesondere im Selbstverhältnis* zu öffnen. In ihrer *meditativen Tiefendimension*, die Leiberfahrung, Spüren und Denken zu verknüpfen sucht, mutet die Achtsamkeitstradition im Übrigen romantisch an, was gut zu ihrer mittlerweile erfolgten Integration in die Psychotherapie passt. Schließlich spielt auch in der *Schematherapie* das *Wiedererleben schmerzhaft-ambiger, mustergenerierender Erfahrungen* eine wesentliche Rolle für den therapeutischen Fortschritt.

Gelingt in der Psychotherapie eine solche Akzeptanz innerer Zerrissenheit, ist es durchaus realistisch, dass eine *indirekte Disambiguierung* in der Folge eintritt. Daher sind die Zielhorizonte der homöopathischen und der exorzistischen Behandlung durchaus vergleichbar. So kann eine *Akzeptanz von Widersprüchlichkeit* in verschiedenen Fällen als *Bedingung der Möglichkeit einer dauerhaften Reduktion von Ambiguität* verstanden werden. So soll das MBSR-Programm über die annehmende Haltung der Achtsamkeit zu einer *Reduktion von Stress* führen. Dieser Impetus steht ganz in der verhaltenstherapeutischen Tradition der *systematischen Desensibilisierung*, in der die *Exposition gegenüber den ambivalenten Gefühlen* die Auflösung einer Phobie bewirkt; entscheidend dabei ist, dass dieser Effekt nur mittels der Erhöhung der eigenen Frustrationstoleranz in der Konfrontation mit der Angstreaktion und gerade nicht über eine Flucht vor den furchtinduzierenden Stimuli erzielt werden kann. In ähnlicher Weise sieht *ACT* in der *Vermeidung unangenehmer innerer Erfahrungen* eine *häufige Quelle von Psychopathologie*, wohingegen die *Akzeptanz der widrigen psychischen Ereignisse* nach einer gewissen Zeit oft eine befreiende Wirkung entfaltet. Schließlich kann auch die *Trauerarbeit*, die im Extremfall einen ambigen Verlust zu bewältigen hat, im Sinne der *DBT* als *radikale Akzeptanz* konzipiert werden, die erst im Durchleben der gedanklichen und emotionalen Widersprüchlichkeit ein Abnehmen der ambivalenten Gefühle und der inneren Zerrissenheit sowie das Wiedererlangen psychischer

Integrität ermöglicht. Dieser verwundeten und langsam heilenden Ganzheit wäre eine Verdrängung von Trauer und eine Ambiguitätsvermeidung gegenüber zu stellen, die zur gefühlsdistanzierten Borderline-Totalität führt. Diese Phänomene machen exemplarisch deutlich, dass eine nachhaltige Reduktion von Ambiguitäts erleben häufig nur als Frucht des harten Ringens um mehr Ambiguitätsakzeptanz erreicht werden kann. Diese wichtige Rolle der adorzistischen Therapie auch für exorzistische Ziele kann noch einmal den *äußerst bedeutsamen Stellenwert* dieses psychotherapeutischen Modus verdeutlichen.

So kann das *Fazit* gezogen werden, dass es ein *hochrelevantes Therapieziel* darstellt, den Patienten bei dem Prozess zu unterstützen, *tolanter gegenüber ambigen Erfahrungen* zu werden beziehungsweise diese *inneren Paradoxa möglichst weit aktiv anzunehmen*. Dieses Ziel wird in *psychodynamischen Konzepten*, die primär stärker auf *inneres Wachstum* als auf Symptomverbesserung abheben, immer schon verfolgt und fügt sich dort gut in ein traditionell *tragisches Weltbild* ein. Doch auch *verhaltenstherapeutische Ansätze* konnten eine frühe Engführung der Perspektive überwinden und weisen heute ähnliche Strategien auf, nachdem sie einen konstruktiven Prozess der *Integration stoizistischer Einflüsse* sowie einer starken *Aufwertung von Achtsamkeit und Akzeptanz* durchlaufen haben.

(2) Integrativ-ästhetisierende Therapie

Als *ästhetisierende Therapie* kann die *Radikalisierung des adorzistischen Impetus* bezeichnet werden, die die homöopathische Stoßrichtung noch übersteigt. Auch wenn diese beiden adorzistischen Optionen fließend ineinander übergehen, sei an dieser Stelle konzeptuell eine Unterscheidung vorgenommen, da es hier nicht so sehr um die bloße Akzeptanz vorhandener Ambiguität mittels Reaktivierung, sondern um eine *besonders explizite Wertschätzung* und eine *bewusste Aufspannung neuer Unaufgelöstheiten* geht. Dabei wird eine *strukturelle Nähe der Psychotherapie zur Kunst, zu den Geisteswissenschaften und zur Spiritualität* postuliert, wozu auf eine lange Tradition rekuriert werden kann, die unter anderem durch die *Romantik*, das *demaskierende Denken* von Friedrich Nietzsche, die *Romanciers der klassischen Moderne* Marcel Proust und Robert Musil sowie die *postmoderne Differenzphilosophie* geprägt wurde. In dieser Linie sei für eine „ästhetisierende“ Therapie im Wortsinn argumentiert, die dazu führen soll, *Ambiguität verstärkt wahrzunehmen* und *in schöpferischem Ausdruck zu gestalten*, und damit gerade *keine Betäubung des Empfindens – keine „Anästhesie“* – anstrebt. Statt einem „anästhetisierend-extrahierenden“ Umgang mit einer ausschließlich als unwillkommen eingestuften Ambiguität werden *unaufgelöste Erfahrungen nun als Quelle und sogar Bedingung der Möglichkeit von ästhetisch-kreativen oder spirituell-mystischen Prozessen* gesehen. Daher

kann eine *Sensibilisierung für* und eine *Förderung von Ambiguität* einen *Weg zu Resonanzerfahrungen* mittels der Wahrnehmung und des künstlerischen Ausdrucks bereiten. So wird das Hereinbrechen des Anderen in Novalis' Beschreibung des *romantischen Leitmotivs der Verzauberung der aufgeklärten Welt durch die Kunst* stark gemacht: „Indem ich dem Gemeinen einen hohen Sinn, dem Gewöhnlichen ein geheimnißvolles Ansehn, dem Bekannten die Würde des Unbekannten, dem Endlichen einen unendlichen Schein gebe so romantisire ich es [sic!]“. (Novalis 1981, S. 545) Im stärkeren Bewusstsein einer irreduzibel-tragischen Moderne fordert Nietzsche eine *kreativ-mythische Selbststeigerung und Lebensverdichtung*, die *aus dem ungewissen, da ungeheuer-dionysischen Abgrund der Welt schöpft*; so wird hier in der inneren Unordnung eine Voraussetzung für ästhetisches Schaffen ausgemacht: „[M]an muss noch Chaos in sich haben, um einen tanzenden Stern gebären zu können.“ (Nietzsche 1994, S. 15) ³⁰¹ In ähnlicher Weise sieht Proust im *ambigen Krankheitserleben* ein *Potential zur künstlerischen Verwandlung hin zu ästhetisch-spirituellen Erfahrungen*. So wie die – ebenfalls zutiefst ambivalente – Gesundheit zur inneren Verarmung führen kann, trägt die Krankheit ein *kreatives Verfeinerungspotential* in sich. ³⁰² Wie in der Musil-Rezeption herausarbeitet wurde, kann die *Differenzsetzung als grundlegende Ursprungsoperation künstlerischer und intellektueller Prozesse zur Organisation menschlicher Kontingenzerfahrungen* gelten. So betrachtet Musil einer Deutungslinie zufolge die „*analysierende*“ *Schaffung von Differenz* und das *Offenhalten von Leerstellen* insofern als *Quellen kreativer Erfahrungen*, als die so erzeugte *Ambiguität* einen „*synthetisierenden*“ *Gestaltungsprozess* anstoßen kann. Indem die Unaufgelöstheit *Möglichkeitsräume* aufspannt, trägt sie ein innovativ-kreatives Potential in sich. ³⁰³ Auch in der *Gestaltpsychologie*, der Musil nahestand, werden *unabgeschlossene Figuren* als in diesem Sinne *ästhetisierend* gesehen. Darüber hinaus kann eine ähnliche Dynamik für den Bereich der *Spiritualität* ausgemacht werden. Wie Rüdiger Safranski richtig betont, kann man die Romantik unter anderem als „Fortsetzung der Religion mit ästhetischen Mitteln“ (Safranski 2015b, S. 13) begreifen. So verwundert es nicht, dass auch die *Spiritualität Differenzierungsräume* erschließen will. Über ihre spezifisch *ich-transzendente Ausrichtung* soll eine *Rückgebundenheit* (re-ligio) *an eine letzte nicht welthafte Wirklichkeit als das ganz andere*, das grundsätzlich nicht vereinnahmbar und gleichschaltbar ist, und dadurch eine *Öffnung für das Neue* möglich werden. Im Hinblick auf die *gesellschaftliche Relevanz von Kunst, Theoria und Spiritualität* ist schließlich darauf hinzuweisen, dass die Prozesse der *Förderung von Ambiguität und Reflexivität*, der *Infragestellung von Sicherheiten*, der *Realisierung von Widerspruch* und der *Setzung von Differenz* als *humanisierender Beitrag* zu würdigen sind. Denn in der Eröffnung von unverfügbaren Möglichkeitsräumen der Phantasie und Reflexion soll es möglich werden, dass sich die *Wahrnehmung der*

³⁰¹ Vgl. Safranski 2015a, 113 f.

³⁰² Vgl. Laplantine 1986, 218–220

³⁰³ Vgl. Jordan 2014, S. 6–9

Realität, die ständig in Gefahr ist, durch Prozesse der Vereinnahmung durch kollektive und individuelle Interessen selektiv verkürzt zu werden, in ihrer ganzen Komplexität *möglichst unverzerrt und ungeschönt* entfalten kann. Indem ästhetisch-intellektuelle Prozesse ein *differenzierendes, ganzheitliches Denken und Erleben* fördern, leisten sie einen *antitotalitären Beitrag* zum friedlichen Zusammenleben in einer zur Homogenisierung neigenden Gesellschaft von Individuen, die die starke Tendenz haben, kognitive Dissonanzen zu reduzieren. Doch inwiefern kann nun eine *strukturelle Nähe der Psychotherapie* zur Kunst, Theoriebildung und Spiritualität ausgemacht werden?

Hier soll die Auffassung vertreten werden, dass die *Psychotherapie* durchaus *als ästhetisierende Instanz im Umgang mit ambigen Phänomenen* in dieser Tradition verstanden werden kann, insofern auch sie *neue Möglichkeitsräume im Fühlen, Denken und Handeln* zu erschließen versucht, die erstarrte psychosoziale Muster biegsamer machen und damit verlebendigen sollen. Durch ein schützendes therapeutisches Setting können solche *explorativen Erfahrungen der Ausrichtung auf das Unge- wisse*, die für die Ausprägung von *Beziehungsfähigkeit* eine wichtige Rolle spielen, gefördert werden. So wird eine *Aufweitung innerer Potentiale* angestrebt, die zu mehr Realitätsbezug, hinterfragendem Denken und innerer Freiheit führen soll. Gewissermaßen in Form von *inkorporierten Differenzierungs- und Synthetisierungsräumen* sollen sich die Beziehungserfahrungen der Therapie niederschlagen und dadurch *internalisierte Ressourcen zur Flexibilisierung und kreativen Gestaltung des Emotions-, Kognitions- und Handlungsregulationsrepertoires* schaffen. Dies wiederum kann insofern als Beitrag zu einer *Humanisierung der Gesellschaft* gewertet werden, als totalitären und spaltenden psychischen Strukturen entgegengewirkt wird, um einen ganzheitlicheren Umgang mit Welterfahrungen zu fördern. Auch die *kulturgeschichtliche Verwurzelung der Psychotherapie* in der Romantik, der Tradition von Schopenhauer und Nietzsche und auch der *Praxis der geistlichen Begleitung* kann diese Argumentation für eine adozistisch-ästhetisierende Therapie gut stützen. Als *säkularisierte Seelsorge* verstanden, könnte psychotherapeutische Praxis als weltanschauungsoffene Institution der Lebensbegleitung im Sinne einer Hinführung zu einem gestaltenden Umgang mit dem Gebrochenen gesehen werden. Zudem kann in der klassischen Form des psychotherapeutischen Rahmens, dem *Gespräch*, ein *privilegierter Rahmen für schöpferische Prozesse* gesehen werden, insofern Kreativität häufig auf kommunikativem Wege angeregt wird. Somit liegt auch in *prozeduraler Hinsicht* ein Hinweis für die Rolle der Psychotherapie als einem hinterfragenden und Neuland beschreitenden Unterfangen vor. Zusammenfassend kann aus dieser strukturellen Nähe der Psychotherapie zur Kunst, zu den Geisteswissenschaften und zur Spiritualität und damit zu Instanzen der Differenzsetzung und kreativen Synthese sowie aus der Verfahrensform der kommunikativen Interaktion der Schluss gezogen werden, dass in der *Provokation von Erfahrungen der Ambiguität als einer Quelle kreativ-reflexiver Gestaltungsprozesse* eine zentrale Aufgabe der Psychotherapie liegt.

Auch ist dieser ästhetisierende Modus der Therapie insofern als *Ausdruck von Beziehungsfähigkeit* zu sehen, als lebendige Beziehungen und Resonanzverhältnisse eine *Offenheit für Neues*, das immer *unverfügbar* bleiben muss, erfordern. Resonanzsensibilität bedingt den Verzicht auf instrumentelle Kontrolle des anderen und führt zu einer ikonoklastischen Haltung der radikalen *Fragwürdigkeit*. Dahinter steht die These, dass *erst die Erfahrung des fremden anderen den Menschen zu sich selbst kommen lässt*. Dieser anthropologischen Annahme kann die Psychotherapie Rechnung tragen, indem sie den Patienten dazu anregt, die Sphäre des vertrauten und beherrschbaren, aber häufig leeren seelischen Binnenraumes zu verlassen und in *ungewisse, aber potentiell heilsam schwingende Beziehungen* mit dem subjektiven Erleben, anderen Menschen und Weltobjekten zu treten. *Voraussetzung* für ein solches Überschreiten von Grenzen ist die *grundlegende Erfahrung der Welt als Resonanzraum*. Gelingt eine Sensibilisierung für Ambiguität und eine kreative Gestaltung derselben, wird in der *Kunst* eine *prototypische Quelle für Resonanzerleben* erreicht. Auf philosophischer Ebene entspricht diesem Impetus eine *ironische Sichtweise auf die Realität*, die gerade nach paradoxen Strukturen sucht und Antithesen zu sämtlichen Phänomenen aufstellen will.³⁰⁴ Somit würde eine ambiguitätsfördernde Psychotherapie dieser Perspektive im Erleben der Wirklichkeit gerecht, indem sie widersprüchliche Erfahrungen in ihrer Existenz und ihrer Nützlichkeit anerkennt und auf diese Weise eine möglichst unverzerrte Weltwahrnehmung unterstützt. Noch 1980 halten Messer und Winokur diese Perspektive für unvereinbar mit einer verhaltenstherapeutischen Weltanschauung halten:

„The ironic vision, similarly, is incongruent with the behavioral world view. This vision is characterized chiefly as a readiness to seek out internal contradictions, ambiguities, and paradoxes. [...] This emphasis on contradiction and ambiguity is in direct contrast to the behavioral emphasis on specific, relatively discrete problems, on straight-forward strategy and clear-cut, unambiguous outcome criteria. One is reminded of the frequent criticism behavior therapists make of psychoanalysis as unnecessarily complex and contradictory. For the analyst, appreciation of ambiguity is a value; for the behavior therapist, it is an impediment to operationalization.” (Messer/Winokur 1980: 823)

Inwiefern kann diese Einschätzung angesichts der zahlreichen Weiterentwicklungen heute noch als zutreffend gelten? Was zunächst die psychodynamische Tradition betrifft, so kann der *initiale Freud'sche Impuls* der *Eröffnung von Es-Über-Ich-Konflikten* als *Ambiguierung des psychischen Erlebens* gesehen werden. Die klassische Psychoanalyse führt so zu einer *grundlegenden Verstörung* und *Brechung von geschlossen-abgerundeten Identitätskonstruktionen*, wobei die dadurch erzeugte Unaufgelöstheit in der Therapie vor allem anerkannt und, soweit möglich, einer positiv-vereindeutigenden Bewältigung zugeführt werden soll. Es geht also in erster Linie um eine initiale Steigerung des Ambiguitätserlebens, während das dadurch gewonnene Material eher zu disambiguieren ist. Diese

³⁰⁴ Vgl. Schafer 1976, 50 f.

therapeutische Tendenz wird im *Strukturdefizitmodell* und *Intersubjektivismus* weiter ausgebaut, indem hier der *Fokus noch stärker in Richtung eines Aufbaus eindeutiger Ressourcen* zur Akzeptanz und Reduktion von Gebrochenheit gelenkt wird. Im Gegensatz dazu knüpft die *französische Psychoanalyse*, die der postmodernen Differenzphilosophie nahestand, an das subversive Potential des frühen Freud an und setzt damit die *deutlichsten Akzente für eine therapeutische Förderung von Ambiguität*. Hier werden bewusst *Mehrdeutigkeiten gesucht und stehen gelassen*, um eine Verflüssigung des von illusionärer Erstarrung bedrohten Ich zu ermöglichen. Aus den oben genannten Gründen ist diese *ideologiekritische Betonung des zentralen Stellenwerts der Uneindeutigkeit, des befreienden Potentials der Widersprüchlichkeit und der Nicht-Festgestelltheit der menschlichen Erkenntnis* zu nächst ausdrücklich als wichtiger Beitrag zu einem konstruktiven Umgang mit Ambiguität *zu würdigen*; lediglich in ihrer Einseitigkeit und übersteigerten Form muss die französische Psychoanalyse kritisiert werden.

Doch auch in der *Kognitiven Verhaltenstherapie* lassen sich ästhetisierende Therapiestile herausarbeiten. Insbesondere in der *Dritten Welle* können derartige Strategien gefunden werden, wobei hier vor allem das *wertegeleitete Engagement* in ACT zu nennen ist. Insofern sich die *Orientierung an Werten* auf etwas ganz Anderes, Nicht-Besitzbares und nie ganz Erreichbares ausrichtet, weist sie die herausfordernde Struktur eines Ich-transzendenten *Subjekt-Welt-Differenzbezugs* auf, der einen *gestalterischen Prozess* anstoßen soll. Darüber hinaus umfassen die WAS-Fertigkeiten der Achtsamkeit in der DBT sowohl die *bewusste Wahrnehmung* und den *beschreibenden Ausdruck* von ambigem Erleben als auch die *kreativ-produktive Teilnahme* am Leben, so dass hier ebenfalls – freilich in formalisiert-modularisierter Weise – Anteile einer ästhetisierenden Therapie auszumachen sind. So kann dem oben zitierten Urteil von Messer und Winokur heute nicht mehr zugestimmt werden. Selbst in der *klassischen* und der *kognitiven Verhaltenstherapie* ist – wenn auch weniger explizit – eine Dynamik der Herausforderung des Patienten in Form einer *Infragestellung gewohnter maladaptiver Handlungs- und Denkmuster* auffindbar. So kann der *Selbstwirksamkeit fördernde, kreative Aufbau positiven Verhaltens* in der klassischen Verhaltenstherapie einer Depression als eine Ver-Änderung im Sinne von „anders machen“ verstanden werden, die einen innovativen Differenzbezug voraussetzt. Auch in *kognitiven Disputationen* über dysfunktionale Grundannahmen eines Depressiven oder realitätsverzerrende Schwarz-Weiß-Bilder einer Patientin mit Borderline-Persönlichkeitsstörung soll therapeutische Umstrukturierung durch einen Prozess geschehen, in dem gerade eine *Aufweitung psychopathologisch verengter Deutungshorizonte durch alternative Denkmöglichkeiten* und eine *Relativierung rigider Dogmen* angeboten, also ebenfalls ein kreativer Raum durch die *Setzung von Widerspruch* mittels des Therapeuten eröffnet wird. Im Sinne von Luhmann könnte hier der Therapeut fragen: „Könnte es nicht auch anders sein?“

Schließlich sei auf die *Dynamik ambiguitätsfördernder Prozesse* verwiesen, die ähnlich wie im Falle einer wachsenden Akzeptanz von Ambiguität in einem sekundären Schritt ebenfalls teilweise *Erfahrungen indirekter Disambiguierung* nach sich ziehen kann. So ist es durchaus realistisch anzunehmen, dass therapeutische Verfahren wie der Aktivitätsaufbau in der Verhaltenstherapie, die Veränderung von Gedanken in der kognitiven Therapie oder die Wertarbeit in ACT über eine primär herausfordernde Aufweitung der psychischen Gestaltungsspielräume zur partiellen Auflösung von widersprüchlichen Empfindungen führen, falls es gelingt, die neu entdeckten Ressourcen in die Persönlichkeit zu integrieren. Dies entspräche der Erfahrung einer dialektischen Synthese. Was den *systematischen Stellenwert* solcher Prozesse betrifft, so ist hier von einer *enorm wichtigen Stoßrichtung* auszugehen, die Psychotherapie im Umgang mit Ambiguität aufzubieten hat.

So kann das *Fazit* gezogen werden, dass die adorzistisch-ästhetisierende Therapie essentiell zu einem bewussten Leben mit Erfahrungen der Gebrochenheit dazugehört, einen wesentlichen Beitrag zur Förderung von Beziehungsfähigkeit darstellt und *in beiden großen Therapietraditionen* zu finden ist. Nachdem diese Behandlungsdimension insbesondere vom frühen Freud und von Lacan herausgearbeitet wurde und somit *in der psychoanalytischen Bewegung traditionell stark* vertreten wird, kann in der *kognitiven Verhaltenstherapie* vor allem seit Ellis und den ersten achtsamkeitsbasierten Ansätzen eine *begrüßenswerte Überwindung der klassischen Versuche* einer kompletten Eradikation ambiger Erfahrungen hin zur Integration *achtsam-kreativer Prozesse* ausgemacht werden.

(III) Zusammenspiel der beiden Modi des Umgangs mit Ambiguität

Aus den jetzt erreichten *Begründungslinien für jeden einzelnen dieser Modi*, den *zahlreichen Interdependenzen zwischen den Modi* sowie der *zentralen Dialektik zwischen Förderung und Reduktion von Ambiguität*, die eine Parallele zur Dialektik zwischen Resonanz- und Entfremdungserfahrungen aufweist, ergibt sich der entscheidende Argumentationsstrang für einen *nicht-reduktionistischen Umgang mit Ambiguität*. Wie die Ausführungen gezeigt haben sollten, kann *jeder einzelne Modus* als *unabdingbar für eine Förderung der Beziehungsfähigkeit* durch psychotherapeutische Bemühungen gewertet werden. Außerdem scheint eine Trennung der Modi in der Praxis nicht sinnvoll, vielmehr handelt es sich hier um eine *idealtypische Unterscheidung zu konzeptuellen Zwecken*. Darüber hinaus soll eine Integration der Modi den Versuch darstellen, ein *möglichst ganzheitlich-unverkürztes Konzept* vorzulegen und so eine *irreduzible Komplexität der Wirklichkeit und des Menschenbildes* anzuerkennen. Dies sei durch den Versuch ausgedrückt, die *komische*, die *tragische* und die *ironische Weltsicht* – die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, sondern lediglich drei gewichtige und gut begründbare Traditionslinien bilden – ernst zu nehmen. Schließlich lässt sich aus *neurowissenschaftlicher Perspektive* das *komplexitätstheoretische Argument* anführen, dass das Zugehen auf das

zentrale Therapieziel einer *neuronalen Integration* mit einer Suchbewegung nach einer *zunehmend komplexen, dynamischen Balance psychischer Zustände zwischen Kontinuität und Flexibilität, Sicherheit und Unsicherheit* einhergeht:

„The attainment of maximum complexity is a function of the balance between flexibility and continuity of the system. Flexibility is based on the generation of diversity of responses and variation in the flow of states; it allows for the creation of a degree of uncertainty in the novel adaptations to changing environmental conditions. In contrast, continuity emerges from the system's learning processes, which establish a degree of certainty in response patterns as determined by an engrained set of constraints. This balance between flexibility and continuity, novelty and familiarity, uncertainty and certainty, allows a dynamical system to recruit increasingly complex layers of neuronal groups in maximizing its trajectory toward complexity.“ (Siegel 1999, 236 f.)

Emotionale Reifung bestünde danach in einem *dynamischen Prozess in Richtung eines zunehmend komplexen Gleichgewichts zwischen Stabilität und Flexibilität der mentalen Zustände*. Dies meint eine ausgewogene Balance zwischen den Extremen übermäßiger Kontrolle oder zu starker Desorganisation, welche dysregulierte Umgangsweisen mit den Affekten bedeuten, und spricht für eine Dynamik der Steigerung bzw. Akzeptanz *und* der Verminderung von Ambiguität, je nachdem ob die *individuelle Problematik eher in übermäßiger Rigidität oder in übermäßigem Chaos* liegt.³⁰⁵

So kann als *Fazit* gezogen werden, dass die hier vorgeschlagenen *zwei Modi des Umgangs mit Ambiguität in integrierter und individualisierter Weise* als *Explikation von Beziehungsfähigkeit* in Hinblick auf den Umgang mit unaufgelösten Erfahrungen gelten können. In *beiden großen Therapietraditionen* finden sich trotz starker anfänglicher Differenzen mittlerweile Ansätze in diese Richtung. Doch inwiefern kann dieser *Annäherungsprozess* aus Sicht der vorliegenden Arbeit verstanden werden und wie verhält es sich schließlich bezüglich der verbliebenen *Akzentunterschiede*?

d) Annäherungen und verbleibende Akzentuierungsunterschiede zwischen psychodynamischer und kognitiv-behavioraler Psychotherapie

Die *allgemeine Konvergenzbewegung* der beiden Therapierichtungen ist vielfach beschrieben worden und spiegelt sich, wie oben anhand der einzelnen Modi dargestellt, *auch im Umgang mit ambigen Erfahrungen* wider. An dieser Stelle sei versucht, einige mögliche Gründe für die *deutliche Annäherung beider Traditionen* aus der *theoretischen – historischen und systematischen – Perspektive* der vorliegenden Arbeit darzustellen, bevor die weiterhin bestehenden Divergenzen kurz ausgeleuchtet werden. Zunächst sind hier *Parallelen in der historischen Entwicklung des Therapieanspruchs* zu nennen. Sowohl die psychodynamische als auch die kognitiv-behaviorale Tradition haben eine *Ausweitung ihres Behandlungsspektrums* von konfliktbetonten Problemen auf höherem Strukturniveau

³⁰⁵ Vgl. Siegel 2012, 27 f., 348 f.

bzw. Verhaltenssymptomen auf den komplexeren Bereich der frühen Persönlichkeitsentwicklungspathologien vorgenommen. So entstand in der Psychoanalyse mit der Hinwendung zu frühen Störungen – worauf zentrale Themen wie Balints Grundstörung, Winnicotts Übergangsobjekt oder Kohuts Narzissmus hindeuten – eine Einführung der Strukturpathologie, die Freuds Grundannahme, dass narzisstische Störungen nicht therapierbar seien, überwand. Auch in der klassischen Verhaltenstherapie wurden zwar Persönlichkeitsfaktoren wie emotionale Labilität von Eysenck durchaus erforscht, doch galten sie ebenfalls als einer Behandlung nicht zugänglich. Später lag im unzureichenden Ansprechen von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen auf die kognitive Therapie ein wichtiger Impuls für die Weiterentwicklung zu den Therapien der Dritten Welle hin, die etwa in Form der DBT oder der Schematherapie explizit für dieses zahlenmäßig beträchtliche Patientenkollektiv entworfen wurden. Diese historische Skizze mag einen Grund dafür liefern, dass *ähnliche Ansätze zum Umgang mit Ambiguität* wie etwa die Akzeptanz kaum veränderbarer brüchiger Persönlichkeitszüge oder die Betonung einer nachholenden Fürsorgebeziehung zur Stabilisierung und Nachreifung *heute in beiden Therapierichtungen* vertreten werden. Darüber hinaus können *Parallelen in den philosophischen Hintergründen* ausgemacht werden. So stellen, wie bereits an verschiedenen Stellen erwähnt, der Buddhismus, die griechische Antike oder die Romantik Bezugsrahmen dar, aus denen die modernen Psychotherapien schöpfen. Diese *ideengeschichtlichen Konvergenzen* sollen anhand von Rosas Resonanzkonzept entfaltet werden, da es ein *integratives Potential* bezüglich verschiedener, auch für die Psychotherapie wichtiger Traditionslinien enthält und somit als *möglicher* – sicher nicht ausschließlich denkbarer – *Theorierahmen* für *beide großen Psychotherapierichtungen* fungieren kann. Wie könnten Eckpunkte einer solchen *resonanztheoretischen Reformulierung* zunächst der *psychodynamischen Psychotherapie* aussehen? Die Psychoanalyse kann unter anderem als *Prozess einer Resonanzsensibilisierung* verstanden werden, in dem sich insbesondere aufklärerisches, romantisches und demaskierendes Ideengut in Form einer innovativen medizinischen Institution niederschlägt.³⁰⁶ Dabei haben vor allem die Objektbeziehungstheorie und der Intersubjektivismus das *Potential interpersoneller Resonanzen* als Grundlage der Persönlichkeitsentwicklung und des Therapieprozesses herausgearbeitet. Als wesentlicher Beitrag der französischen Psychoanalyse kann gesehen werden, dass die *Bedeutung von Widerspruch und Unverfügbarkeit* für *immer evasive Resonanzverhältnisse* betont wird.³⁰⁷ Im Hinblick auf die *kognitive Verhaltenstherapie* kann die klassische und operante Konditionierung für eine Tradition stehen, die mittels Interventionen, die sich einer *technisch-instrumentellen Resonanzunterdrückung* bedienen, dem Patienten langfristig ein Resonanzerleben erleichtern. Die von Bandura herausgearbeitete *Selbstwirksamkeit* wird von Rosa als *aktive Seite von Resonanzbeziehungen* in

³⁰⁶ Vgl. Rosa 2016, 612 f.

³⁰⁷ Vgl. Rosa 2016, S. 278

das Konzept integriert. In der weiteren Entwicklung werden in der KVT die inneren kognitiv-emotionalen Vorgänge wichtiger. So lassen sich konzeptuelle Ähnlichkeiten der stoischen „*Ataraxia*“ als Unerschütterlichkeit der Seele, die die REBT inspirierte, mit den buddhistisch geprägten Haltungen der *Achtsamkeit* und *Akzeptanz* ausmachen, was aus kulturhistorischer Sicht auch durch wahrscheinliche Kontakte zwischen hellenistischen und fernöstlichen Kulturkreisen plausibilisiert wird. In ihrer *rezeptiven, hörenden und zulassenden Prägung* kommen diese Einstellungen einer *inneren Öffnung für Resonanzerfahrungen* nahe. Und auch Rosas Herausstellung *starker Wertungen*, die eine *eigene Stimme* in der Weltbeziehung erkennen lassen, findet sich im verhaltenstherapeutischen Repertoire, wenn auf die Bedeutung von wertegeleitetem Engagement etwa in ACT abgestellt wird.

Trotz dieser zahlreichen Konvergenzen bleiben nach wie vor *Unterschiede* in der *Akzentuierung der beiden Traditionen* bezüglich des Umgangs mit Ambiguität bestehen. So ist eine Betonung einer therapeutischen Begleitung der *tragisch-unaufgelösten Konflikthaftigkeit* nach wie vor mehr in der psychodynamischen Tradition verankert, während kognitiv-behaviorale Ansätze die pragmatische Orientierung an *realen Veränderungspotentialen* auch heute stark machen. Auch verbleibt eine grundsätzliche Ausrichtung auf eher *individualisierte Therapiekonzepte*, wie sie von der psychodynamischen Richtung her eher stark gemacht wird³⁰⁸ versus eine Herausstellung eher *standardisiert-modularisierter Ansätze* in der KVT.³⁰⁹ Schulenübergreifend stark beachtete Entwicklungen können unter anderem die relational verwurzelte Persönlichkeitsstruktur, die Mentalisierung (auf psychodynamischer Seite) sowie Achtsamkeit, Akzeptanz und Werteorientierung (auf kognitiv-behavioraler Seite) gelten.

3) Diskussion von Einwänden gegen die zentrale These

Im Anschluss an diese Darstellung der hauptsächlichen Pro-Argumente für die zentrale These sollen nun die *Grenzen dieses Entwurfs* aufgezeigt werden, indem mögliche *Einwände gegen die These* formuliert und diskutiert werden. Dabei sei zunächst ein *Kritikpunkt* an der Prämisse der *relationalen Anthropologie* ausgeführt (1), bevor *Anfragen* an das Konzept der *Beziehungsfähigkeit* verhandelt werden (2,3,4).

(1) Zunächst könnte kritisch angemerkt werden, dass ein *interpersonell verstandenes Selbst* insofern *unplausibel* sei, als das *intersubjektive Modell jede greifbare Subjektivität auflöse*. Dieser Einwand lässt sich in zwei Spielarten unterscheiden. (a) Eine Variante sieht dadurch *zu viel Fluktuation* und

³⁰⁸ Z. B. Sack 2016

³⁰⁹ Z. B. Bohus 2013

Wandel im Selbst, was einen drohenden Zerfall der autonomen Persönlichkeit und einer kontinuierlichen Selbststruktur nach sich ziehe. Tatsächlich weist diese Anfrage richtigerweise darauf hin, die *Idee der Bezogenheit nicht* in Richtung ständig fluktuierender Selbstzustände ohne identifizierbares zeitüberdauerndes Subjektivitätserleben *überzustrapazieren*. Allerdings *schließen*, wie Ermann richtig sieht, *ein strukturelles bzw. zeitüberdauerndes und ein dynamisch-reflexives Selbst einander nicht unbedingt aus*.³¹⁰ Jedoch ist die hier aufgespannte *philosophische Problematik einer Selbstkonzeption* deutlich *profunder* und nicht einfach durch Rückgriff auf Ermanns grundsätzlich hilfreichen Verweis abgeschlossen. Angesichts der gebotenen Kürze ist an dieser Stelle keine tiefergehende Diskussion der *Kontroverse zwischen Substanz- und Prozessontologie bzgl. des Subjektbegriffs* möglich. Festgehalten sei hier lediglich, dass es durchaus Vermittlungsversuche gibt, die gleichzeitig sowohl eine Konstanz als auch eine Dynamik des Selbst annehmen; diese Ansätze bedürfen allerdings einer ausführlicheren Diskussion. (b) Eine andere Variante des Einwands sieht eine *zu starke Gewichtung des Beziehungsaspekts*, während die *intrapsychisch-unbewusste Dynamik zu wenig berücksichtigt* werde. Auch jenseits von Beziehungskonstellationen besitze der Mensch ein *Bedürfnis nach individueller Entfaltung*.³¹¹ Richtig an diesem Einwand ist sicherlich, dass *innerseelische Vorgänge* zwar *massiv*, aber natürlich *nicht ausschließlich durch Beziehungserfahrungen geprägt* sind. Darüber hinaus trifft es zu, dass jeder Mensch auch *nicht soziale Entwicklungsbereiche* braucht. Doch wenn, wie in der vorliegenden Arbeit, ein breiterer Beziehungsbegriff, der auch *extrasoziale Resonanzen* umfasst, angelegt wird, stellt sich die Frage, wie ein von der Welt abgelöstes, rein sich selbst entfaltendes Selbst aussehen sollte. Auch *Selbstverwirklichung* impliziert immer die *Gestaltung von Beziehungen zur Welt*, sei es die subjektive, die soziale oder die objektive Welt. In dieser *nicht hintergehbaren Bezogenheit des Menschen*, für deren Entfaltung intersubjektive Erfahrungen in zentraler Weise, aber keineswegs ausschließlich wirksam sind, scheint es unmöglich, ein Subjekt ohne Beziehung zu denken.

(2) Darüber hinaus kann angefragt werden, ob das hier vorgelegte *Konzept der Beziehungsfähigkeit* als umfassende Theorie nicht *zu unscharf und pauschal* bleibt. *Welche genauen Erfahrungen* soll der *Begriff der Beziehungsfähigkeit* umfassen? Sind die *Kriterien* nicht bereits in *Rosas Resonanztheorie* *zu unpräzise*, um damit einen Neuigkeitswert zu erreichen?³¹² Kann Beziehungsfähigkeit mit psychischer Gesundheit gleichgesetzt werden? Tatsächlich scheint die *Idee der Beziehungsfähigkeit schwer greifbar*, so dass hier *Bedarf* besteht, weiterzudenken und die *Begrifflichkeiten zu schärfen*. Rosas Konzept hat seine *Schwächen durchaus in der terminologischen Präzisionsschärfe*; jedoch gibt

³¹⁰ Vgl. Ermann 2014, 123 f.

³¹¹ Vgl. Mertens 2008, S. 40

³¹² Vgl. Bisky 2016

es eine wichtige Tendenz vor und besitzt sehr wohl Neuigkeitswert, indem es einen *Positiventwurf des „Anderen der instrumentellen Rationalität“* vorzuschlagen versucht. So soll auch in der vorliegenden Arbeit eher eine *relationale Richtung einer biopsychosozialen Anthropologie* – gewissermaßen ein *Positivkonzept des „Anderen der biomechanistischen Medizin“* – skizziert werden, die auf konzeptuelle Weiterentwicklung, Operationalisierung und Dialog mit der empirischen Forschung angelegt ist. Doch soll damit keineswegs eine „Theory of everything“ der Psyche gemeint sein: *Beziehungsfähigkeit ist nicht mit psychischer Gesundheit gleich zu setzen*, sondern ein möglicher, aus Sicht der vorliegenden Arbeit vielversprechender, aber nicht völlig unproblematischer theoretischer Zugang zur biopsychosozial verstandenen Medizin. Zwar scheint es eine naheliegende und verlockende Idee, psychische Gesundheit als Beziehungsfähigkeit zu verstehen; doch dafür wären weitere empirische und theoretische Untersuchungen nötig. Im Hinblick auf die Idee der Beziehungsfähigkeit verbleibt der *Anspruch* der vorliegenden Untersuchung auf der *anthropologischen Ebene* und besteht lediglich darin, eine konsistente Argumentation für ein *relationales Menschenbild* und die *Notwendigkeit einer Beziehungsfähigkeit als Resonanzfähigkeit* zu liefern.

(3) An diesen Einwand anknüpfend kann die kritische Anfrage gestellt werden, ob *die große Spannweite des Begriffs Beziehungsfähigkeit* nicht die *praktische Gefahr einer übersteigerten Pathologisierung* bisher als psychisch gesund klassifizierter Menschen bedingt. Selbst wenn in der vorliegenden Arbeit konzeptuell Beziehungsfähigkeit von psychischer Gesundheit unterschieden wird, könnten sich in der Praxis derartige Präzisierungen als wenig wirksam erweisen, so dass eine Verschwimmung der Grenzen zwischen beiden Konstrukten zu erwarten wäre. Wer könnte denn angesichts des *ubiquitären Vorkommens von Beziehungsschwierigkeiten* noch als gesund gelten? Würde mit einem solchen Konzept nicht einer *massenhaften Ausgrenzung vermeintlich psychisch Kranker* Vorschub geleistet werden? Auch hier handelt es sich teilweise um einen berechtigten Einwand. Tatsächlich liegt an dieser Stelle eine gewisse *Gefahr des vorgeschlagenen Konzepts*, gerade im Hinblick auf eine *Stigmatisierung* oder auch eine potentielle *gesundheitsökonomische Vermarktung* psychischer Krankheit. Allerdings kann dem Einwand einerseits entgegengesetzt werden, dass *eindeutige Grenzen zwischen psychischer Gesundheit und Störung sachlich schwer festlegbar* scheinen, weshalb *jedwede Grenzziehung willkürlich* bleiben muss. Wo sollte ein klarer theoretischer Cut-off jenseits von selbstverständlich notwendigen klinischen Praktikabilitätsgeboten gezogen werden? Eher scheint psychisches Wohlbefinden für alle Menschen von Bedeutung zu sein, so dass hier ein *Kontinuitätsmodell psychischer Gesundheit bzw. Störung* angenommen wird, wonach sich eher die Frage nach dem Ausprägungsgrad von Symptomdimensionen, die quasi jeden Menschen betreffen, stellt. Andererseits kann zur Verteidigung des Konzepts angeführt werden, dass die *Stoßrichtung hier nicht in einer Ausweitung der Sphäre des Pathologischen, sondern eher in einer Hervorhebung des Kontinuums von*

Gesundheit und Störung sowie einer Erweiterung des Spielraums einer aktiven, selbstwirksamen Gestaltung biopsychosozialer Zustände liegt. So trägt bereits – etwa im Gegensatz zum Begriff der Persönlichkeitsstörung – der *Begriff der Beziehungsunfähigkeit* insofern ein *entpathologisierendes* und *entstigmatisierendes Potential* in sich, als der Terminus die Lerngeschichte und die Entwicklungsbedingungen evoziert. Mit diesem Konzept wird das Spektrum von Heilung durch eine *Subjektivierung der Gesundheit* erweitert, ohne dabei die objektivistische Tradition zu diskreditieren. Denn mit der *Einbettung von Gesundheitszielen in eudämonistische Lebensprojekte* ist eine Chance des *Empowerments* von Patienten verbunden. Auch könnte damit ein Weg beschritten werden, die objektivistische Ausrichtung der gegenwärtigen westlichen Medizin in einen komplexeren und ganzheitlicheren Rahmen einzuordnen und sich damit auf eine angemessenere *Balance zwischen statistisch-objektiver und individuell-lebensweltlicher Orientierung* hin zu entwickeln. Darüber hinaus wäre das vielfach propagierte *präventive Potential einer psychosozial gesunden Lebensweise* – z. B. der Ausbildung einer sicheren Bindung – gut mit dem hier angenommenen Kontinuitätsmodell psychischer Zustände begründbar. Schließlich liegt im Konzept der Beziehungsfähigkeit ein *inklusives Potential*, da sich gerade kein Individuum als völlig beziehungsfähig begreifen kann. Hier wird die gemeinsame *Conditio humana* betont, nicht eine wie auch immer gezogene exkludierende Trennlinie zwischen Gesunden und Kranken.

(4) Im Hinblick auf die gerade erwähnte Einbettung gesundheitlicher Ziele in umfassendere Glücksziele ist schließlich der Einwand denkbar, dass *Medizin nicht normativ* zu konzipieren und das *gute Leben irrelevant für die Therapie* sei. Sonst laufe man *Gefahr, in eine vormoderne, vorwissenschaftliche Medizin zurückzufallen* und an Versorgungsqualität zu verlieren. Auf diese kritische Anfrage kann mit dem Verweis auf die *unumgänglichen normativen und anthropologischen Implikationen* geantwortet werden, die *jede medizinische Theorie* und auch *Praxis* mit sich bringt. So muss auch die aktuelle, seit dem 19. Jahrhundert vorherrschende *positivistische Engführung der westlichen Schulmedizin als Werteentscheidung* gesehen werden;³¹³ hierbei handelt es sich etwa um ein mechanistisches Bild vom Menschen, der in Analogie zu einer Maschine manipulierbar und reparierbar ist, woraus die derzeitige Standardmedizin ihren Therapieanspruch ableitet. Die dominante Stellung dieses Behandlungsparadigmas erklärt sich durch seine großen Erfolge in der Behandlung zahlreicher Pathologien. Doch gerade das unzureichende Ansprechen auf eher stressbedingte Leiden wirft aus medizinisch-praktischer Perspektive Fragen auf und ergänzt die oben ausgeführte Argumentation für eine *relationale Anthropologie* mit dem daraus abgeleiteten *normativen Ideal der Beziehungsfähigkeit*. Dabei sollen durch diese Hereinnahme von Fragen des guten Lebens in die medizinische Praxis

³¹³ Vgl. Rosa 2016, S. 189; Bauer 2013, 177, 179

die Errungenschaften der biomechanischen Tradition keineswegs rückgängig gemacht, sondern lediglich ergänzt und für andere wertvolle Entwicklungen geöffnet werden. Darüber hinaus können das *gute* und das *gesunde Leben kaum voneinander getrennt* werden, sondern beeinflussen sich wechselseitig. Weiterhin ist anzuführen, dass die *Wurzeln der modernen Psychotherapie* keineswegs nur in der Medizin und der empirischen Psychologie liegen, sondern ebenso in Bereichen, die sich traditionell mit dem *guten Leben* befassen, nämlich in der *Philosophie* (z. B. stoische Philosophie bzgl. der KVT; Kierkegaard, Schopenhauer und Nietzsche bzgl. der Psychoanalyse), in der *Literatur* (z. B. Goethe und Schiller bzgl. der Psychoanalyse) sowie in der *Spiritualität* (z. B. buddhistische Spiritualität bzgl. der KVT).³¹⁴

VI Abschließendes Fazit: Potential und Grenzen des Konzepts der Beziehungsfähigkeit

Abschließend sei als Fazit festgehalten, dass die hier vorgeschlagene Denkfigur der Beziehungsfähigkeit als Balance aus Resonanzsensibilität und Resonanzblockade ein vielversprechendes Konzept für eine Theorie der Medizin darstellt, das allerdings auch Grenzen aufweist. Insbesondere die Anschlussfähigkeit an den relationalen Charakter des Menschen, der in der zeitgenössischen Psychotherapie einen ganz entscheidenden Stellenwert erlangt hat, sowie an das Therapiespektrum einer biopsychosozial verstandenen Medizin können als bedeutende Stärken des Konzepts gelten. Grenzen sind vor allem in der Allgemeinheit des Konzepts und in der schwierigen Abgrenzbarkeit von Beziehungsfähigkeit und psychischer Gesundheit zu sehen. Daher liegt eine wichtige Aufgabe darin, den vorliegenden Entwurf konzeptuell weiter zu entwickeln sowie einen Dialog mit der empirisch vorgehenden Forschung einzuleiten. So wäre zu fragen, ob man auf theoretischer Ebene zu einer trennschärferen begrifflichen Fassung von Beziehungsfähigkeit gelangen könnte. Darüber hinaus wäre es nötig, das Verhältnis von Beziehungsfähigkeit und psychischer Gesundheit zu spezifizieren. In methodologischer Hinsicht könnte eine Operationalisierung von Beziehungsfähigkeit angestrebt werden, um das Konzept für die klinische Praxis fruchtbar zu machen. Die Bearbeitung solcher Fragestellungen ist zukünftigen Untersuchungen vorbehalten.

³¹⁴ Vgl. Tschuschke et al. 2016, S. 55

Literaturverzeichnis

- Bandura, Albert (1977): Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. In: *Psychological Review* 84 (2), S. 191–215.
- Bandura, Albert; Blanchard, Edward; Ritter, Brunhilde (1969): Relative Efficacy of Desensitization and Modeling Approaches for Inducing Behavioral, Affective, and Attitudinal Changes. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 13 (3), S. 173–199.
- Bauer, Axel W. (2013): Anthropologische Grundlagen der Medizin. In: *Imago Hominis* 20 (3), S. 173–184.
- Bauer, Joachim (2016): Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. 23. Auflage. München: Wilhelm Heyne Verlag.
- Bauman, Zygmunt (1991): Modernity and ambivalence. 1. Auflage. Ithaca, New York: Cornell University Press.
- Beck, Aaron (1993): Cognitive Therapy. Nature and Relation to Behaviour Therapy. In: *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 2 (4), S. 343–356.
- Bisky, Jens (2016): Mehr Resonanz wagen. In: *Süddeutsche Zeitung*, 28.07.2016 (Online-Ausgabe). Online verfügbar unter <http://www.sueddeutsche.de/kultur/kulturkritik-mehr-resonanz-wagen-1.3096801>, zuletzt geprüft am 29.07.2016.
- Bode, Christoph (1997): Ambiguität. In: Klaus Weimar (Hg.): Reallexikon der deutschen Literaturwissenschaft. Band I (A-G). Neubearbeitung des Reallexikons der deutschen Literaturgeschichte. gemeinsam mit Harald Fricke, Klaus Grubmüller und Jan-Dirk Müller. 3. neubearbeitete Auflage. Berlin, New York: Walter de Gruyter, S. 67–70.
- Bohus, Martin (2002): Borderline-Störung. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Bohus, Martin (2013): Modulare Psychotherapie – ein Werkzeugkoffer für Psychotherapeuten? In: Hansjörg Znoj und Thomas Berger (Hg.): Die Kunst und Wissenschaft der Psychotherapie. Mannheim: Huber Verlag, S. 116–183.
- Boss, Pauline (2008): Verlust, Trauma und Resilienz. Die therapeutische Arbeit mit dem "uneindeutigen Verlust". Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bowie, Malcolm (1991): Lacan. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Buber, Martin (1995): Ich und Du. Nachwort von Bernhard Casper. Stuttgart: Reclam.
- Butler, Judith (2006): Precarious life. The powers of mourning and violence. London u.a.: Verso.
- Camus, Albert (2001): Der Mythos des Sisyphos. Deutsch und mit einem Nachwort von Vincent von Wroblewsky. 3. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Dobson, Keith; Dozois, David (2010): Historical and Philosophical Bases of the Cognitive-Behavioral Therapies. In: Keith S. Dobson (Hg.): Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies. 3. Auflage. New York, London: The Guilford Press, S. 3–38.
- Dryden, Windy; David, Daniel; Ellis, Albert (2010): Rational Emotive Behavior Therapy. In: Keith S. Dobson (Hg.): Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies. 3. Auflage. New York, London: The Guilford Press, S. 226–276.
- Engel, George L. (1977): The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. In: *Science* 196, S. 129–136.
- Epictetus (2007): Encheiridion. Hg. v. Gerard Boter. Berolini, Novi Eboraci, NY: De Gruyter.
- Ermann, Michael (2008): Freud und die Psychoanalyse. Entdeckungen, Entwicklungen, Perspektiven. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Ermann, Michael (2009): Psychoanalyse in den Jahren nach Freud. Entwicklungen 1940 - 1975. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ermann, Michael (2014): Der Andere in der Psychoanalyse. Die intersubjektive Wende. Stuttgart: Kohlhammer.
- Eysenck, Hans Jürgen (Hg.) (1960): Behaviour therapy and the neuroses. Readings in modern methods of treatment derived from learning theory. Oxford u.a.: Pergamon Press.
- Fonagy, Peter; Gergely, György; Jurist, Elliot L.; Target, Mary (2004a): Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. 1. Auflage. New York: Other Press.
- Fonagy, Peter; Gergely, György; Jurist, Elliot L.; Target, Mary (2004b): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Aus dem Englischen von Elisabeth Vorspohl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Freud, Sigmund (1952): Gesammelte Werke. Erster Band. Werke aus den Jahren 1892-1899. 18 Bände. London: Imago Publishing.

- Freud, Sigmund (1961): Gesammelte Werke Fünftehnter Band. Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. 3. Auflage. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Freud, Sigmund (2010): Das Unbehagen in der Kultur. Stuttgart: Reclam.
- Freud, Sigmund (2011): Abriss der Psychoanalyse. Einführende Darstellungen. 2. erweiterte Auflage. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Freud, Sigmund (2013a): Das Ich und das Es. Stuttgart: Reclam.
- Freud, Sigmund (2013b): Jenseits des Lustprinzips. Stuttgart: Reclam.
- Freud, Sigmund (2015): Die Traumdeutung. Nachwort von Hermann Beland. 5. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Frick, Eckhard (2009): Psychosomatische Anthropologie. Ein Lehr- und Arbeitsbuch für Unterricht und Studium. Unter Mitarbeit von Harald Gündel. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Frick, Eckhard (2015): Psychosomatische Anthropologie. Ein Lehr- und Arbeitsbuch für Unterricht und Studium. Unter Mitarbeit von Harald Gündel. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Fruzzetti, Alan E.; Erikson, Karen R. (2010): Mindfulness and acceptance interventions in cognitive-behavioral therapy. In: Keith S. Dobson (Hg.): Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies. 3. Auflage. New York, London: The Guilford Press, S. 347–372.
- Grawe, Klaus; Donati, Ruth; Bernauer, Friederike (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen u.a.: Verl. für Psychologie Hogrefe.
- Harris, Russ (2009): ACT made simple. An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy. Unter Mitarbeit von Steven C. Hayes. Oakland, California: New Harbinger Publications.
- Hayes, Steven C. (2004): Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. In: *Behavior Therapy* 35, S. 639–665.
- Hegel, Georg Wilhelm Friedrich (1988): Phänomenologie des Geistes. Neu herausgegeben von Hans-Friedrich Wessels und Heinrich Clairmont. Hamburg: F. Meiner Verlag.
- Heusch, Luc de (1971): Pourquoi l'épouser? et autres essais. Paris: Gallimard.
- Jordan, Thomas (2014): Lesen als Schneiden – Ein systemtheoretisch-rezeptionsästhetisches Lesekonzept der literarischen Selbstbeobachtung des Protagonisten Ulrich im ersten Band von Robert Musils „Der Mann ohne Eigenschaften“. Magisterarbeit an der Ludwig-Maximilians-Universität München im Fach Neuere Deutsche Literaturwissenschaft.
- Kabat-Zinn, Jon (2005): Full catastrophe living. Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Delta Trade Paperbacks.
- Kanfer, Frederick H.; Reinecker, Hans; Schmelzer, Dieter (2012): Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. 5., korrigierte und durchgesehene Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Kanfer, Frederick H.; Saslow, George (1965): Behavioral Analysis. An Alternative to Diagnostic Classification. In: *Archives of General Psychiatry* 12 (6), S. 529–538.
- Kohut, Heinz (1981): Die Heilung des Selbst. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Körner, Jürgen (1986): Drei Menschenmodelle in der Psychoanalyse. In: *Forum der Psychoanalyse* 2, S. 277–293.
- Landes, Donald A. (2013): The Merleau-Ponty Dictionary. London, New York: Bloomsbury.
- Laplanche, François (1986): Anthropologie de la maladie. Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine. Préface de Louis-Vincent Thomas. Paris: Payot.
- MacIntyre, Alasdair C. (1999): Dependent rational animals. Why human beings need the virtues. Chicago and La Salle, Illinois: Open Court Publishing Company.
- Mahoney, Michael J.; Arnkoff, Diane B. (1978): Cognitive and self-control therapies. In: Sol Louis Garfield und Allen E. Bergin (Hg.): Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis. 2. Auflage. New York: J. Wiley, S. 689–722, zuletzt geprüft am 22.10.2015.
- Martin, Rachel; Young, Jeffrey (2010): Schema Therapy. In: Keith S. Dobson (Hg.): Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies. 3. Auflage. New York, London: The Guilford Press, S. 317–346.
- Meichenbaum, Donald (1977): Cognitive-behavior modification. An integrative approach. 2. Auflage. New York:

Plenum Press.

Meichenbaum, Donald (1985): Stress inoculation training. New York.

Merleau-Ponty, Maurice (1966): Phänomenologie der Wahrnehmung. Unter Mitarbeit von Rudolf Boehm. Berlin: De Gruyter.

Mertens, Wolfgang (1997): Grundlagen psychoanalytischer Psychotherapie. In: Wolfgang Senf und Michael Broda (Hg.): Praxis der Psychotherapie. Theoretische Grundlagen von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Stuttgart, New York: Thieme-Verlag, S. 58–95.

Mertens, Wolfgang (2001): Konflikt nach Freud. In: Gerd Wenninger (Hg.): Lexikon der Psychologie in fünf Bänden, Bd. 2. 5 Bände. Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag, S. 371.

Mertens, Wolfgang (2008): Psychoanalyse. Geschichte und Methoden. 4., aktualisierte Auflage. München: Beck.

Messer, Stanley; Winokur, Meir (1980): Some limits to the integration of psychoanalytic and behavior therapy. In: *American Psychologist* 35 (9), S. 818–827.

Nietzsche, Friedrich (1994): Also sprach Zarathustra. Ein Buch für Alle und Keinen. Nachwort von Josef Simon. Stuttgart: Reclam.

Novalis (1981): Schriften. Zweiter Band. Das philosophische Werk I. Herausgegeben von Richard Samuel in Zusammenarbeit mit Hans-Joachim Mähl und Gerhard Schulz. 3., nach den Handschriften ergänzte, erweiterte und verbesserte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Olendzki, Andrew (2013): Appendix: Glossary of Terms in Buddhist Psychology. In: Christopher D. Germer, Ronald D. Siegel und Paul R. Fulton (Hg.): Mindfulness and Psychotherapy. New York: The Guilford Press, S. 309–316.

Ornstein, Paul (1983): Discussions of Papers by Drs. Goldberg, Stolorow and Wallerstein. In: Joseph D. Lichtenberg und Samuel Kaplan (Hg.): Reflections on self psychology. Hillsdale, N.J.: Analytic Press, S. 339–384.

Ornstein, Paul (1993): The clinical impact of the psychotherapist's view of human nature. In: *Journal of Psychotherapy Practice and Research* (2), S. 193–204.

Ornstein, Paul (1998): Heinz Kohut's vision of the essence of humanness. In: Paul Marcus und Alan Rosenberg (Hg.): Psychoanalytic versions of the human condition. Philosophies of life and their impact on practice. New York: New York University Press, S. 206–232.

Pagel, Gerda (1991): Lacan zur Einführung. 2. Auflage. Hamburg: Junius Verlag.

Pavlov, Ivan Petrovich (1927): Conditioned reflexes. An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex. Oxford.

Pleger, Mareike; Schade, Christoph; Diefenbacher, Albert; Burian, Ronald (2014): Akzeptanz- und Commitment Therapie (ACT). In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 43 (4), S. 241–250.

Robins, Clive; Schmidt III, Henry; Linehan, Marsha M. (2004): Dialectical behavior therapy. Synthesizing radical acceptance with skillful means. In: Steven C. Hayes, Victoria M. Follette und Marsha Linehan (Hg.): Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition. New York: Guilford Press, S. 30–44.

Roediger, Eckhard (2009): Was ist Schematherapie? Eine Einführung in Grundlagen, Modell und Anwendung. Paderborn: Junfermann.

Roediger, Eckhard; Zarbock, Gerhard (2015): Schematherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Eine Standortbestimmung. In: *Der Nervenarzt* 86 (1), S. 60–71.

Rogers, Carl R. (2014): Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. 19. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Rosa, Hartmut (2016): Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung. 1. Auflage. Berlin: Suhrkamp Verlag.

Rosen, Valeska von (2012): Erosionen der Rhetorik? Strategien der Ambiguität in den bildenden Künsten, Dichtung und Musik. Einleitende Überlegungen. In: Valeska von Rosen (Hg.): Erosionen der Rhetorik? Strategien der Ambiguität in den Künsten der Frühen Neuzeit. Wiesbaden: Harrassowitz, S. 1–27.

Sack, Martin (2016): Individualisierte Psychotherapie. Ein methodenübergreifendes Behandlungskonzept. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer.

Safranski, Rüdiger (2015a): Nietzsche. Biographie seines Denkens. 7. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Safranski, Rüdiger (2015b): Romantik. Eine deutsche Affäre. 6. Auflage. München: Carl Hanser Verlag.

- Schafer, Roy (1976): A new language for psychoanalysis. New Haven, London: Yale University Press.
- Schiffter, Roland (2006): "... ich habe immer klüger gehandelt ... als die philisterhaften Ärzte ...". Romantische Medizin im Alltag der Bettina von Arnim - und anderswo. Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Schlegel, Friedrich (2007): Schriften zur kritischen Philosophie 1795-1805. Mit einer Einleitung und Anmerkungen. Hg. v. Andreas Arndt und Jure Zovko. Hamburg: Felix Meiner Verlag.
- Schorr, Angela (1984): Die Verhaltenstherapie. Ihre Geschichte von den Anfängen bis zur Gegenwart. Weinheim u.a.: Beltz.
- Schultz-Venrath, Ulrich (2013): Lehrbuch Mentalisieren. Psychotherapien wirksam gestalten. Unter Mitarbeit von Peter Döring. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Siegel, Daniel J. (1999): The developing mind. Toward a neurobiology of interpersonal experience. New York: Guilford Press.
- Siegel, Daniel J. (2007): Das achtsame Gehirn. Korrigierte Neuauflage. Freiamt: Arbor-Verlag.
- Siegel, Daniel J. (2012): Der achtsame Therapeut. Ein Leitfaden für die Praxis. Aus dem Amerikanischen von Karin Petersen. 1. Auflage. München: Kösel-Verlag.
- Stasch, Melanie (Hg.) (2014): Operationalisierte psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Unter Mitarbeit von Manfred Cierpka. Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik. 3., überarbeitete Auflage. Bern: Huber.
- Stern, Daniel N. (2010): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Mit einer neuen Einleitung des Autors. 10. Auflage. Hg. v. Elisabeth Vorspohl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Strauß, Bernhard (2014): Bindung. Originalausgabe. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Strenger, Carlo (1989): The Classic and the Romantic Vision in Psychoanalysis. In: *International Journal of Psycho-Analysis* 70, S. 593–610.
- Tang, Yi-Yuan; Hölzel, Britta K.; Posner, Michael I. (2015): The neuroscience of mindfulness meditation. In: *Nature Reviews Neuroscience* 16 (4), S. 213–225.
- Thorndike, Edward Lee (1898): Animal intelligence. An experimental study of the associative processes in animals. New York, London.
- Tschuschke, Volker; Wyl, Agnes von; Koemeda-Lutz, Margit; Crameri, Aureliano; Schlegel, Mario; Schulthess, Peter (2016): Bedeutung der psychotherapeutischen Schulen heute. Geschichte und Ausblick anhand einer empirischen Untersuchung. In: *Psychotherapeut* 61 (1), S. 54–64.
- Uexküll, Thure von; Wesiack, Wolfgang (1991): Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. 2., durchgesehene Auflage. München: Urban & Schwarzenberg.
- Ullmann, L. P.; Krasner, Leonard; Collins, B. J. (1961): Modification of behavior through verbal conditioning. Effects in group therapy. In: *Journal of Abnormal and Social Psychology* 62, S. 128–132.
- Watson, John B. (1913): Psychology as the behaviorist views it. In: *Psychological Review* 20 (2), S. 158–177.
- Weizsäcker, Viktor von (1986): Gesammelte Schriften 1. Natur und Geist. Begegnungen und Entscheidungen. Bearbeitet von Mechthilde Küttemeyer, Wilhelm Rimpau. Unter Mitwirkung von Peter Achilles, Dieter Janz, Walter Schindler, Martin Schrenk. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Weizsäcker, Viktor von (1987a): Gesammelte Schriften 5. Der Arzt und der Kranke. Stücke einer medizinischen Anthropologie. Bearbeitet von Peter Achilles. Unter Mitwirkung von Dieter Janz, Mechthilde Küttemeyer, Wilhelm Rimpau, Walter Schindler, Martin Schrenk. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Weizsäcker, Viktor von (1987b): Gesammelte Schriften 7. Allgemeine Medizin. Grundfragen medizinischer Anthropologie. Bearbeitet von Peter Achilles. Unter Mitwirkung von Dieter Janz, Mechthilde Küttemeyer, Wilhelm Rimpau, Walter Schindler, Martin Schrenk. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Weizsäcker, Viktor von (1997): Gesammelte Schriften 4. Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen. Bearbeitet von Dieter Janz, Wilhelm Rimpau, Walter Schindler. Unter Mitwirkung von Peter Achilles, Mechthilde Küttemeyer. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Wolpe, Joseph (1969): The practice of behavior therapy. 1. Auflage. New York: Pergamon Press.
- Young, Jeffrey E.; Klosko, Janet S.; Weishaar, Marjorie E. (2005): Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann.

Zarbock, Gerhard (2008): Praxisbuch Verhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen biografisch-systemischer Verhaltenstherapie. Unter Mitarbeit von Eckhard Roediger. Lengerich, Berlin, Bremen, Miami, Fla., Viernheim, Wien, Zagreb: Pabst Science Publishers.

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität bekannt ist,

ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,

mich keine Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt haben,

die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,

dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und

dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Ort, Datum

Unterschrift des Verfassers